

**67<sup>ème</sup> JOURNEE REGIONALE DE GERONTOLOGIE**  
**« Les retraités : un enjeu politique, humain et social »**  
**CHAMBERY – MARDI 23 AVRIL 2002**

**(Séance de l'après-midi)**

**-oOo-**

La séance est reprise à 14 h. 15 par Mme SAVIOZ.

Mme LA PRESIDENTE. - Mesdames, Messieurs, nous reprenons les débats.

Vous avez certainement remarqué l'absence du professeur HUGONOT qui a créé et anime le réseau « Alma Allo Maltraitance personnes âgées », ce réseau de bénévoles ne couvre pas l'ensemble du territoire national. L'idéal serait évidemment de disposer d'un point téléphonique par département. Une enquête nationale est en cours afin que tous les départements soient au moins couverts en 2003.

Le Professeur HUGONOT est en train de s'occuper de cette nouvelle directive.

**-L'allocation Personnalisée d'Autonomie**

Nous allons parler de l'APA dont il est beaucoup question en ce moment. C'est la loi du 20 juillet 2001. Considérée par les auteurs comme une avancée historique pour les personnes âgées et leur famille, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA, est entrée en vigueur, vous le savez, depuis le 1<sup>er</sup> janvier.

Toutes les personnes de plus de 60 ans qui rencontrent des difficultés pour accomplir les gestes de la vie courante : se lever, se déplacer, faire sa toilette, s'habiller, sortir, préparer les repas, faire le ménage, qu'elles demeurent chez elles, chez un tiers ou dans un établissement, pourront en bénéficier.

Il est fréquent d'entendre : tant que je peux, j'aime mieux rester chez moi. Mais ces personnes reconnaissent avoir de plus en plus de mal à faire face seules au quotidien.

Cette nouvelle allocation est liée à des données démographiques : la France vieillit – on l'a dit ce matin – elle doit aussi répondre aux critiques émises à l'encontre de la PSD créée en 1997. Versée de manière inégale d'un département à l'autre, et assujettie au recours sur succession, la PSD n'a concerné, dit-on, que 140.000 personnes, alors que l'APA devrait, à terme, concerner environ 800.000 personnes.

Ce qui provoquera une forte demande de personnels, d'aides à domicile, ce qui préoccupe les responsables et nos financeurs. Il est prévu la création d'un fonds de modernisation de cette profession, doté d'une enveloppe.

Madame GUINCHARD-KUNSTLER dit que c'est un vrai métier. Ce n'est pas simplement du ménage, de l'aide aux repas, à la toilette, c'est d'abord un accompagnement physique, psychologique et social. Cette nouvelle prestation peut-elle résoudre tous les problèmes financiers posés par la dépendance, car on ne peut sous-estimer le coût que peut occasionner la perte d'autonomie.

M. Pascal CHAMPVERT qui est Président de l'Association des Directeurs d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées va poursuivre sur ce thème de l'APA.

M. Pascal CHAMPVERT. – Merci Madame la Présidente. Deux mots de présentation : je suis effectivement le Président de l'ADEHPA qui est une association qui regroupe à peu près 1200 directeurs d'établissements pour personnes âgées, à la fois directeurs d'établissements publics, ce que je suis, mais aussi privés, associatifs ou commerciaux et pour ma part je dirige

des établissements dans le Val-de-Marne, donc dans l'est de Paris - ainsi qu'un service à domicile.

Mon propos va tourner autour de deux problématiques. Qu'est-ce que l'APA ? Quelles sont les analyses que nous portons sur cette réforme et qu'en est-il de son application en établissement ?

Premier élément : incontestablement l'APA est une avancée, tout d'abord dans les débats parlementaires qu'elle a suscités. Vous vous souvenez que l'APA succède à une autre prestation qui s'appelle la PSD - Prestation Spécifique Dépendance - dont la Présidente parlait tout à l'heure. Il y a quelque chose de frappant dans les débats à l'Assemblée Nationale comme au Sénat, c'est l'évolution entre la tonalité des débats de 1997 qui ont donné jour à la PSD et la tonalité des débats de 2001. En 1997, l'esprit dominant étant, pour reprendre ce que dit la marionnette de Guy ROUX aux Guignols de l'info, la tonalité était : "Faut pas gâcher". La question était : comment faire en sorte que ces personnes âgées, à fortiori très âgées, handicapées, qui sont un poids de plus en plus important, pour répondre ce contre quoi s'est élevé ce matin Maurice BONNET, coûtent quand même le moins possible aux finances des Départements et rien du tout aux finances de l'Etat.

C'était en gros l'esprit de la PSD. J'aurais tendance à dire que cet esprit était assez largement partagé, pas uniquement sur les bancs de la majorité de l'époque.

En 2001, on est résolument, même si la majorité a changé, mais là aussi sur les bancs de la majorité comme de l'opposition dans une autre logique qui est : le XXIème siècle s'ouvre et il va nous mettre en présence d'un défi majeur qui est celui d'un nombre important de personnes âgées, d'un nombre important de retraités dont la plupart d'entre eux sont en parfaite

santé, dont la plupart d'entre eux décéderont globalement en bonne santé ou en tout cas sans handicap (je vous rappelle que l'espérance de vie sans handicap augmente plus vite que l'espérance de vie) mais dont tout de même un certain nombre, à peu près 20 % des plus de 80 ans, vont se trouver en situation de besoin d'aide ou en situation de handicap. Je n'utilise pas le terme de dépendance, d'abord parce que je suis de ce fait dans la droite ligne des débats sur l'APA. Je vous rappelle que lors des débats sur la prestation autonomie a été voté un amendement à l'unanimité, excluant le terme de dépendance de la loi APA. Donc au sens de la loi, on ne devrait plus parler de dépendance ; ce qui est extrêmement important, car la dépendance n'est rien d'autre que le handicap des plus de 60 ans et je partage évidemment parfaitement ce qu'a dit Maurice BONNET ce matin sur la nécessité que la situation de handicap soit considérée du début de la vie jusqu'à la fin de la vie.

Donc évolution dans les débats parlementaires, prise en compte par la société française et par la classe politique française d'une réelle question ; mais prise en compte avec beaucoup de retard. Je vous rappelle que le premier rapport remis à un Président de la République sur la question, l'avait été par quelqu'un qui est devenu célèbre ultérieurement, mais pour d'autres raisons, qui s'appelle Maurice ARECKX, rapport remis en 1979 au Président Giscard d'Estaing et que ce n'est qu'en 2001 que notre pays crée une véritable prestation autonomie, c'est-à-dire vingt ans. Bien entendu Pierre SANSOT dit : il faut prendre le temps, mais concevons que nous en avons pris plus que la plupart de nos partenaires européens, ce qui ne nous met pas en situation de bons élèves de la classe de ce point de vue là.

Deuxième élément, l'APA est une avancée par rapport à la PSD, d'abord par le nombre de bénéficiaires, nous le voyons

bien, si aujourd'hui un certain nombre de départements peinent un peu à écluser l'ensemble des dossiers, c'est parce qu'il y a un véritable engouement pour la demande de cette prestation et il est clair que par rapport aux 135 à 140.000 personnes qui touchaient la PSD, elles seront beaucoup plus nombreuses à toucher l'APA et c'est en soi une véritable avancée.

Troisième élément : les niveaux de prestations sont plus importants globalement.

Quatrième élément : nous avons obtenu la suppression du recours sur succession qui était une barrière très forte pour bénéficier de la PSD ; cela n'a pas été simple, je vous rappelle que le texte au départ à l'Assemblée Nationale prévoyait cette disposition, mais l'ensemble des organisations de retraités et de personnes âgées, l'ensemble des organisations de professionnels du domicile comme de l'établissement ont l'obtenu.

Ceci étant, cette prestation ne règle pas toutes les questions. Il faudra l'améliorer le plus rapidement possible. Un des éléments de cette loi, c'est qu'elle prévoit une clause de revoyure, un bilan global, dès 2003, c'est-à-dire dès l'an prochain, et cette mise à plat ne sera pas uniquement financière, car c'était une des préoccupations des députés et des sénateurs, mais aussi sur ce que sera la prestation et les aides qu'elle pourra apporter.

Je crois que dans ce rendez-vous de 2003 il nous faudra réinsister sur la nécessité d'améliorer cette prestation pour faire en sorte qu'elle ressemble beaucoup plus à ce qu'ont fait nos partenaires européens. Le premier élément, c'est celui qu'évoquait Maurice BONNET ce matin, il faut aller vers une prestation de solidarité nationale, il évoquait le terme de 5ème risque. Toutes les organisations syndicales de ce pays, la plus grande partie des organisations professionnelles, à travers le

Livre blanc pour une prestation autonomie, initiée précisément par Maurice BONNET, se sont positionnées pour un prestation de ce genre. Si nous l'avons fait, c'est parce que nous pensons utile d'avoir une armature nationale pour l'organisation de cette prestation. C'est aussi parce que c'est la voie qu'ont choisie tous les pays européens ; donc ce ne sont pas des rêves de retraités ou de gérontologues, cela correspond bien à une réalité. On est prêt à entendre qu'il y a des réalités institutionnelles dans notre pays, notamment celles de la question de l'avenir des Départements et qu'aujourd'hui, à travers la gestion de l'APA, les Départements voient leur rôle conforté en attendant peut-être d'autres évolutions. Le débat institutionnel en France a été plus important que le débat sur le fonctionnement même de la prestation. On peut entendre que les Départements continuent à jouer un rôle sur cette prestation, mais je crois profondément qu'il faudra que cette prestation évolue vers une prestation beaucoup plus unifiée, beaucoup plus nationale, même si certains éléments peuvent être gérés conjointement avec les collectivités locales.

Deuxième élément, je ne le développe pas non plus, il faudra que cette prestation – je ne crois pas que ce sera possible en 2003 mais je crois que nous en prenons le chemin – soit une prestation qui reconnaisse le handicap, quel que soit l'âge. On nous a longtemps renvoyés que seuls les retraités, les personnes âgées et les professionnels demandaient ce type d'évolution et que les organisations de handicapés, de parents de handicapés ou de professionnels du handicap ne le demandaient pas. Aujourd'hui ce n'est plus le cas. Vous savez que la plus grande organisation de handicapés, l'Association des paralyés de France, demande une prestation quel que soit l'âge, l'UNAPEI n'a pas encore pris cette position officiellement, mais de plus en plus de ses responsables vont dans ce sens et d'autres organisations

représentant d'autres types de handicaps se sont positionnées aussi dans cette direction-là. Je crois que nous allons petit à petit en France, et il faudra que la classe politique en prenne acte, vers une demande de reconnaissance de la situation du handicap, en lien avec la question du droit à compensation, sur laquelle nous pourrions revenir tout à l'heure si vous le souhaitez. Nous devons aller vers une reconnaissance de ce handicap, quel que soit l'âge, même si, bien évidemment, on n'accompagne pas de la même façon un petit garçon autiste de 3 ans, un accidenté de la route de 35 ans et une vieille dame de 97 ans ; cependant, si l'accompagnement doit être adapté, il est clair que la place du handicapé dans la société quel que soit son âge doit être reconnue de la même façon, car sinon, à l'exclusion du handicap nous ajoutons l'exclusion par l'âge, ce sur quoi je n'ai pas besoin de revenir puisque Maurice BONNET en a largement parlé ce matin.

Autre amélioration, et cela fait la transition avec le deuxième point de mon intervention : il y a aujourd'hui, du fait de l'APA, une incroyable inégalité entre les personnes âgées qui vivent à leur domicile et les personnes âgées qui vivent en établissement. Il ne faut pas qu'il y ait de faux débat dans notre pays, il n'y a pas d'opposition entre domicile et établissement. Si les organisations de professionnels du domicile travaillent avec les organisations de professionnels des établissements, c'est parce qu'il y a belle lurette que nous avons dépassé ces prétendues oppositions totalement stériles. Si de plus en plus de directeurs d'établissement, comme c'est mon cas, développent des services à domicile, si un certain nombre d'organisations de soutien à domicile travaillent dans le domaine de l'hébergement temporaire, voire de l'hébergement de plus long terme, c'est parce qu'il n'y a pas d'opposition dès lors que l'on considère que ce n'est pas le professionnel qui est au centre du dispositif, mais la personne

âgée. Cela veut dire qu'il faut permettre un réel choix pour les personnes âgées – là aussi nous pourrions y revenir dans le débat. Il est faux de dire que l'on aurait le choix entre le paradis du domicile et l'enfer de l'établissement et il serait tout aussi faux et absurde de dire l'inverse. Il n'y a pas non plus l'enfer du domicile et le paradis des établissements. Il y a des situations qui peuvent être adaptées dans certains cas qui ne le sont pas dans d'autres, en fonction de l'environnement, en fonction de l'histoire de vie, en fonction des envies et des attentes des personnes. Cela suppose que les établissements innovent, cela suppose que les établissements s'ouvrent beaucoup plus probablement qu'ils ne l'ont fait au cours des années qui se sont écoulées. C'est ce qu'ils sont en train de faire et cela suppose évidemment que les établissements aient les moyens pour cela.

J'en viens à la réforme de la tarification sur laquelle je ne donnerai que quelques éclairages parce que David CAUSSE de la FHF rentrera dans l'analyse plus spécifique de cette réforme. Le gros problème de l'APA c'est précisément qu'elle est en établissement basée sur une réforme de la tarification qui est totalement inadaptée.

Premier élément, cette réforme de la tarification est basée sur un décret. Vous savez que les décrets sont faits pour appliquer les lois. C'est un décret de la loi PSD, puisqu'il est sorti au mois de mai, alors que la loi APA est sortie en juillet suivant. Donc on applique en établissement un mécanisme qui permet de donner l'APA qui est issu du mécanisme de la loi précédente qui a été décriée par tout le monde. On voit bien déjà qu'il y a là, dans la naissance même de cette tarification, un dysfonctionnement majeur. C'est pourquoi d'ailleurs on continue à parler de dépendance parce que ce décret tarifaire qui est fils de la loi dépendance évidemment à tout bout de champ vous parle

de dépendance, alors qu'ensuite les députés et les sénateurs à l'unanimité disent : il ne faut plus parler de dépendance, il faut parler d'autonomie et favoriser l'autonomie. On voit bien – les mots ne sont jamais neutres – que sur ce premier point, mettre la charrue avant les bœufs ne fait jamais avancer l'attelage. Deuxième élément, cette tarification est effroyablement complexe, c'est une usine à gaz et les usines à gaz ne produisent qu'une seule chose, c'est de la fumée.

Troisième élément, si au moins cette usine à gaz, c'est-à-dire cette tuyauterie effroyablement complexe qui va des financeurs jusqu'aux personnes âgées, permettait de créer suffisamment de moyens financiers pour réellement améliorer la qualité des établissements, ce ne serait que des histoires d'arrière-boutique de professionnels qui n'auraient qu'à se former et à mieux comprendre les techniques aussi bureaucratiques et compliquées fussent-elles. Le problème est que cette réforme de la tarification alimente certes le dispositif, puisque les efforts de qualité des établissements ont en contrepartie une somme de 6 milliards de francs distribués sur cinq ans, mais ces 6 milliards sur cinq ans sont très faibles – (je suis très prudent dans mon expression, mais vous entendez bien quand je dis très faibles, je pense à autre chose par rapport à l'enjeu, par rapport à l'objectif).

Nous le disions tout à l'heure au cours du déjeuner, je n'avais pas cru comprendre que lorsqu'un ministre parlait de dégraisser le mammoth il s'agissait des maisons de retraite. En clair, quand on nous dit dans certaines DDASS ou certains départements, pour la RTT par exemple, vous n'avez qu'à réorganiser vos services et vous verrez que vous y arriverez avec peu de moyens supplémentaires, je crois que l'on se moque des

professionnels et plus grave encore on se moque des personnes âgées qui vivent en établissement.

Il est clair, à partir de cette situation, que les établissements doivent se positionner en terme de stratégie par rapport à leurs intérêts. Six milliards de francs, ce n'est pas beaucoup. Vous connaissez le système, on signe une convention tripartite et en échange de la convention tripartite on peut avoir des moyens supplémentaires. Six milliards de francs, cela fait deux aides-soignantes et demie sur cinq ans supplémentaires. On sait aujourd'hui, par des mécanismes que David CAUSSE expliquera, que certains établissements peuvent voir leur nombre de personnels augmenter de cinq, six ou dix. On comprend bien que si la moyenne est à 2,5 et que certains augmentent de dix, il faudra qu'il y en ait qui n'augmentent pas, voire qui baissent, ce qui pourrait devenir extrêmement inquiétant.

Donc certains établissements vont avoir intérêt à signer les conventions tripartites, parce qu'ils sont très pauvres ou parce qu'ils bénéficient de systèmes mécaniques qui leur donnent des moyens supplémentaires. Mais je pense que les autres ne doivent pas le faire. A ce jour, le ministère se donne encore comme objectif de signer des conventions avec 50 % des établissements. Nous n'avons pas les chiffres exacts, mais nous savons que fin janvier, il y avait 3% d'établissements qui avaient signé, et nous devons être aujourd'hui à environ 5 %. Donc 45 % d'établissements en deux mois, cela va être un peu difficile et je suis d'ailleurs effaré que le ministère se pose encore ce genre d'objectif.

Ce que je crois, c'est qu'au-delà des questions de technique, au-delà des questions de signer ou pas et de voir qui signe ou qui ne signe pas, il faut se poser des questions de fond

sur ce que sont les établissements et sur ce qu'ils doivent devenir.

Le premier élément, c'est que les établissements doivent être mieux dotés en personnel qu'ils ne le sont aujourd'hui. Personne en France ne dit que les établissements pour personnes âgées sont trop dotés. Il faut donc que l'ensemble des professionnels, c'est le rôle des directeurs mais pas uniquement d'eux, c'est aussi le rôle des salariés et des organisations syndicales, doivent informer beaucoup plus la société qu'elle ne l'est aujourd'hui, sur la situation des personnes âgées en établissement et sur le besoin d'aide qu'ils sont en mesure de recevoir.

Si nous comparons, notamment avec nos voisins allemands, suisses, je ne parle pas des scandinaves, hollandais, autrichiens, nous nous rendons compte que notre pays est particulièrement en retard sur ce point.

Le deuxième élément, c'est que les établissements doivent prolonger une mutation culturelle qu'ils ont engagée et dont je crains que cette réforme ne les aide pas à la prolonger. Cette mutation culturelle, je suis pour ma part convaincu qu'elle devra les amener à fonctionner comme des domiciles. Je pense que les fonctionnements institutionnels dans lesquels les professionnels savent à la place des personnes âgées ou des personnes handicapées, n'ont pas d'avenir dans les pays démocratiques. Le propre d'un pays démocratique, c'est que le citoyen sait. On vient d'ailleurs d'en faire l'expérience ce week-end. Même si ce que le citoyen dit ne convient pas à une grande partie des autres, le fondement du pacte démocratique, c'est que c'est le citoyen qui décide. Dans l'entreprise privée, en tout cas dans beaucoup de secteurs, on considère que le client est roi. Je ne mythifie ni le fonctionnement de certaines démocraties, ni le

fonctionnement de certaines cultures d'entreprise, mais je dis simplement que nous devons dans les établissements nous imprégner de cette logique selon laquelle c'est bien la personne âgée qui sait.

Pourquoi est-ce particulièrement difficile dans notre milieu ? C'est que les professionnels : les aides-soignantes, les infirmières, les médecins savent mieux comment fonctionne le corps de la personne âgée que la personne âgée elle-même. C'est d'ailleurs ce qui permet à la personne âgée de mieux se porter.

Ceci étant, il faut savoir jusqu'où ce savoir doit s'arrêter, pour faire en sorte que la personne âgée soit remise à sa place de client et plus encore de citoyen, pour tout ce qui concerne le reste du fonctionnement de sa vie.

C'est là où nous avons, en établissement comme à domicile d'ailleurs, à beaucoup approfondir en tant que professionnels, nos réflexions sur la relation entre nos savoirs professionnels et le savoir de la personne âgée qui est un savoir sur sa propre vie, qui est un savoir sur ses choix, qui est un savoir sur elle-même, qui est au fond un savoir sur ses désirs. De ce point de vue-là, la réforme des établissements, l'évolution des établissements doit se faire.

Pour reprendre ce que disait l'ancien responsable du secteur personnes âgées de la FEHAP Jean BARUCQ, je suis pour la réforme des maisons de retraite, je ne suis pas pour la réforme de la tarification.

Dernier élément, et j'en resterai là, les professionnels des établissements doivent, dans ce travail d'évolution, s'appuyer sur les personnes âgées, faire en sorte que même celles qui sont handicapées s'expriment beaucoup plus sur leur vie au quotidien, sur leurs besoins au quotidien ; ce sera aussi un moyen d'avancer dans cette évolution culturelle et aussi de faire comprendre à la

société ce que sont les personnes âgées et ce dont elles ont besoin. Puis, il faut s'appuyer aussi sur le discours et l'analyse des familles.

Comme le dit Geneviève LAROQUE, les parents d'enfants handicapés se mobilisent beaucoup plus que les enfants de parents handicapés. Je crois que si dans notre pays nous avons accumulé un tel retard dans la mise en place d'une prestation autonomie, mais aussi dans l'évolution des établissements, c'est parce que les hommes et les femmes politiques de ce pays n'ont pas suffisamment pris en compte la place des personnes très âgées dans notre société, mais c'est aussi parce que dans une société démocratique, si les hommes et les femmes politiques ne sont pas fortement interpellés par un réel mouvement social, ils ne sont pas attentifs à ces questions-là, en dépit de ce que peuvent être leurs histoires personnelles ou les liens qu'ils peuvent avoir avec telle ou telle personne. S'il n'y a pas dans une démocratie un mouvement, si les organisations de retraités et de personnes âgées ne s'intéressent pas suffisamment à la situation des plus anciens et des plus handicapés qui, rappelons-le, ne sont pas les plus nombreux (20 % des plus de 80 ans), si les organisations de familles ne s'organisent pas, ne se mobilisent pas autour de ces questions et si les professionnels ne le font pas, nous n'aurons, dans les années à venir, que nos yeux pour pleurer et pour regretter que la classe politique ne nous entende pas.

Je crois que c'est l'inverse qui va se produire, je crois que nous arriverons petit à petit à faire entendre la voix des personnes âgées, des personnes très âgées et des personnes handicapées, cela nous demande un peu d'énergie, un peu de travail. Je vous souhaite et je nous souhaite bon courage à tous et à toutes.

(Applaudissements)

M. DUBOS. - Une précision pour dire que comme ce matin vous pouvez poser des questions par écrit ; il faut le faire dès maintenant. Au fur et à mesure que vous aurez posé vos questions il faut les faire remonter vers l'avant afin que nous puissions les distribuer à nos orateurs.

Mme LA PRESIDENTE. - Merci à Pascal CHAMPVERT qui a déjà bien débroussaillé le terrain.

**- La mise en application de ce dispositif en Savoie**

Je vais passer la parole maintenant à deux responsables de la vie sociale, Marie-Christine PAVIET et Hélène CHARVET. Marie-Christine PAVIET est directrice de la vie sociale et Hélène CHARVET est responsable de la mission « personnes âgées - personnes handicapées » à la Direction de la vie sociale. Vous avez la parole.

Mme Marie-Christine PAVIET. - C'est Mme CHARVET, Responsable départementale de la mission Personnes âgées et handicapées qui vous présentera la mise en application de l'allocation personnalisée d'autonomie sur le département de la Savoie. Pour ma part, et sans trop alourdir le temps d'intervention, je voudrais simplement rappeler l'engagement du Conseil général et de ses services, pour la mise en œuvre de ce dispositif, M. GIBELLO l'a rappelé ce matin, soulignant l'implication départementale. Le dispositif s'appelle en Savoie : Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie. Les 3.000 dossiers que nous avons à ce jour, à trois mois de l'ouverture du droit à l'allocation, pour 800 dossiers de PSD, soulignent bien toute la dimension des travaux qui s'ouvrent à nous et notamment la construction indispensable de l'offre de service qui permettra à l'ADPA de développer les véritables conditions du soutien à domicile et de la prise en charge en établissement.

En effet, l'ADPA c'est le financement des services, c'est une allocation. C'est bien, mais encore faut-il que les services existent et faut-il qu'ils existent sur l'ensemble du territoire, en zone rurale comme en zone urbaine.

Au-delà du problème et du débat de la prestation, à savoir si c'est un 5<sup>ème</sup> risque ou pas un 5<sup>ème</sup> risque ou ce qu'elle aurait dû être, je crois vraiment qu'aujourd'hui la question qui est posée, c'est la question des services et des moyens des services. Il ne faut pas s'en écarter, le problème central est là aujourd'hui et nous voyons bien d'ailleurs dans les dossiers que nous traitons, combien nous nous heurtons déjà à des difficultés, notamment dans l'élaboration des plans d'aide pour le maintien à domicile. M. AUBRY-MARAIS qui est dans la salle ne me contredira pas, en tant que Président de l'Union départementale des CCAS de Savoie, et les Présidents d'Associations ADMR, directeurs d'associations et d'établissements qui sont là aussi aujourd'hui savent bien ce que nous pensons de ces questions et combien nous savons que le travail nous attend sur ce sujet.

Cet enjeu de l'offre de service à construire, de la palette de réponses à construire, c'est un enjeu que nous ne réussirons qu'ensemble et qu'à plusieurs, avec les communes et leurs CCAS, avec les associations, avec l'ensemble des partenaires, les services de l'Etat. Je crois qu'il faut une mobilisation très forte sur cette question, le Département peut jouer un rôle d'animation, un rôle de courroie d'entraînement, mais le Département ne pourra pas faire tout seul, c'est un grand chantier qui s'ouvre et un chantier à réponses multiples. Aujourd'hui c'est cette page à écrire qui est devant nous et c'est une page qu'il faut véritablement écrire ensemble.

J'en terminerai avec ces quelques mots sur ce dossier de l'ADPA en Savoie. Des pistes sont déjà apparues, des contacts

ont déjà été pris avec l'ensemble des partenaires. Mme CHARVET reviendra sur cette question, tout à l'heure, dans son exposé. Pour ma part, je reste disponible bien sûr pour les échanges qui suivront, pour répondre aux questions, écouter les suggestions ou les différentes observations que vous serez amenés à faire. Je vous remercie.

(Applaudissements)

Mme Hélène CHARVET. - Il m'a été demandé de vous présenter, compte tenu de l'absence de M. TERRASSE, les grands principes avec M. CHAMPVERT, de façon plus technique, de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Je le ferai de façon synthétique et rapide, puisque de nombreuses personnes dans l'assemblée connaissent déjà parfaitement l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Mais je crois important de les reprendre et de les commenter rapidement. Ensuite, j'illustrerai la situation de la Savoie avec quelques chiffres. La Savoie étant simplement citée en exemple puisque nous sommes, tous les départements au niveau national mais aussi régional, confrontés à la même situation actuelle d'afflux important des demandes.

Nous démarrons sur le rappel des grands principes. C'est la **loi du 20 juillet 2001** que vous connaissez bien, qui est très ambitieuse puisqu'elle est relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Cela a été bien dit : il y a une forte ambition de prise en charge de la perte d'autonomie, qu'elle soit à domicile ou en établissement.

Les décrets d'application qui sont survenus datent du 20 novembre 2001. Cela a impliqué pour les Départements une forte réactivité puisqu'il a fallu concevoir des plaquettes d'information, les dossiers, paramétrer un nouveau logiciel pour pouvoir être en mesure de traiter les premiers dossiers.

Quatre points caractérisent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie :

- c'est une prestation universelle.

Notre Président dit toujours : c'est un 5<sup>ème</sup> risque géré par les Départements.

Son versement mensuel n'est soumis à aucun plafond de ressources. Cependant il est prévu une participation financière en fonction des revenus.

- c'est une prestation personnalisée en nature en particulier à domicile, le montant alloué ayant vocation à prendre en charge les services nécessaires pour faire face à la perte d'autonomie.

- c'est une prestation qui est étendue aux personnes de dépendance moyenne, donc du GIR 4, contrairement à la PSD qui ne concernait que les personnes plus lourdement dépendantes, du GIR 1 – 2 et 3.

- c'est une prestation qui ne donne pas lieu à récupération sur succession, donation ou legs.

Cette dernière caractéristique ainsi que la première illustrent bien le fait que nous sortons de la logique d'aide sociale, c'est un point important. Il s'agit d'un droit universel.

**- Conditions d'attribution pour demander l'ADPA ou l'APA.**

Il faut :

- être âgé de plus de 60 ans,

- résider en France et être de nationalité française ou étrangère en situation régulière,

- ne plus être en capacité d'accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne.

A domicile, l'évaluation du degré de perte d'autonomie est faite par les équipes médico-sociales du Département et en établissement ce sont les équipes médico-sociales de chaque

établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur, qui évalue le degré de perte d'autonomie.

Les personnes sont classées en six groupes, du plus dépendant le numéro 1, au 6 le moins dépendant.

Toutes les personnes qui relèvent des groupes 1 à 4 auront droit à l'allocation.

**- ADPA à domicile**

L'allocation sert à la prise en charge des services inscrits dans un plan d'aide individualisé, élaboré par une équipe médico-sociale, lors d'une visite à domicile. Il peut s'agir :

- de l'intervention d'un service d'aide à domicile (aide-ménagère...)

- de l'embauche d'une personne salariée par la personne âgée,

- de frais liés à la dépendance : téléalarme, portage de repas, soins d'hygiène,

- mais aussi, ce qui est nouveau par rapport à la PSD, de frais liés à des aides techniques qui peuvent être de simples aides techniques ou qui peuvent aller jusqu'à de l'aménagement du logement.

Marie-Christine PAVIET y a fait allusion, on voit les lieux de complémentarité avec les partenaires, en particulier les caisses de retraite sur ces questions-là.

- Enfin, ce plan d'aide peut inclure de la prise en charge d'un accueil de jour ou temporaire.

**- Montant de l'ADPA à domicile,**

Trois paramètres conditionnent le montant de cette ADPA :

- le niveau de perte d'autonomie qui entraîne une enveloppe maximum par GIR à ne pas dépasser qui est la même au niveau national :

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

- en fonction du plan d'aide établi, pour une personne isolée ou pour une personne qui a son conjoint ou sa fille à domicile, le plan d'aide ne prendra pas la même forme.

- enfin les ressources, puisque pour le domicile aucune participation financière n'est exigée lorsque les personnes ont moins de 934,65 € par personne et par mois.

L'ADPA étant une prestation en nature, elle est versée au bénéficiaire ou aux services, puisque cela implique un contrôle de l'effectivité de l'aide.

En Savoie, dans les plans d'aide, le plus possible, nos équipes médico-sociales essaient de faire intervenir les services d'aide à domicile, dans un souci de professionnalisation, de continuité de la réponse.

**- Comment est-ce que cela prend forme en Savoie ?**

Les équipes médico-sociales ont été réparties selon nos sept territoires de développement social, même si elles sont regroupées. Elles sont composées d'infirmières et d'assistantes sociales. Ce sont les infirmières en particulier qui ont à étudier le certificat médical et qui ont, en lien avec les assistantes sociales, à déterminer le degré de perte d'autonomie sous la responsabilité du médecin-conseil départemental. Celui-ci sera vérifié lors d'une visite à domicile systématique qui permettra d'élaborer un plan d'aide adapté aux besoins de la personne âgée.

C'est l'illustration aussi de l'intérêt de ces équipes médico-sociales qui sont au plus près des personnes âgées.

**- L'ADPA en établissement,**

L'ADAPA, cela a été dit, répond à une logique complètement différente. Le résultat est moins simple à expliquer. Le montant versé varie selon le tarif dépendance de chaque

établissement. En Savoie, nous venons quasiment d'achever les tarifs définitifs, il nous en reste encore quatre.

Une participation systématique vient en déduction du montant de l'ADPA qui est au moins égale au tarif du GIR 5 et 6.

L'ADPA est versée aux établissements ou au bénéficiaire si le bénéficiaire le demande.

En effet, l'ADPA en établissement est conditionnée par cette fameuse réforme de la tarification dont M. CHAMPVERT vous a parlé, qui vise dans son objectif à permettre aux futurs établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, aux EHPAD de se doter de moyens adaptés à la prise en charge de la dépendance, à partir d'une convention tripartite impliquant l'Etat (au titre de l'assurance maladie), l'établissement et le Président du Conseil général.

En Savoie, nous avons une convention tripartite signée et trois autres qui sont quasiment achevées, c'est peu. Cependant c'est un outil très nécessaire qui va se traduire aussi, outre la tarification des financements sur cinq ans par rapport aux moyens de prise en charge, à la mise en place d'un projet d'établissement et de la démarche qualité qui permet l'implication des familles et des personnes âgées. Cette fameuse convention tripartite est une étape essentielle.

Cette tarification en trois volets très complexe fait apparaître :

- une section qui concerne les soins (prise en charge par l'assurance maladie),
- une section dépendance qui est prise en charge par l'ADPA, diminuée du tarif du GIR 5 et 6 systématiquement,
- un tarif hébergement qui est à la charge de la personne âgée ou à la charge de l'aide sociale à l'hébergement

pour les personnes âgées qui sont en difficulté financière pour prendre en charge le prix hébergement.

Pour ce qui concerne l'aide sociale à l'hébergement les règles n'ont pas changé et cela donne toujours lieu à une récupération. Par contre, au niveau de l'aide sociale, la loi prévoit que l'aide sociale à l'hébergement peut prendre en compte le « ticket modérateur ». Le fameux tarif du GIR 5 et 6 peut être couvert en plus du tarif hébergement par l'aide sociale à l'hébergement.

#### **- L'accueil en établissement**

Un petit éclairage sur la situation de la Savoie, les établissements sont répartis sur les 35 cantons du territoire savoyard, deux cantons ne sont pas équipés : Lanslebourg et Chamoux-sur-Gelon. Au total, il y a un potentiel de 4.555 places avec un poids important des logements-foyers qui seront amenés à évoluer dans l'avenir. C'est une réforme majeure, on n'arrête pas de le dire, qui va se traduire par des évolutions, à la fois des structures et des services.

Mais les choses doivent se faire en leur temps et pas dans la précipitation.

#### **- Règles de non-cumul.**

L'ADPA n'est pas cumulable avec la PSD. En Savoie, pour votre information, l'assemblée départementale a transformé en ADPA provisoires toutes les anciennes PSD, mettant fin ainsi au recours sur succession à compter de janvier 2002.

Elle n'est pas cumulable non plus avec la Prestation expérimentale de dépendance, la PED.

Elle n'est pas cumulable avec l'aide ménagère financée par l'aide sociale départementale ou les caisses de retraite ou l'allocation représentative de services ménagers.

Les caisses de retraite, à ce titre, sont amenées à nous basculer environ 800 situations de personnes qui étaient en GIR 4, prises en charge par la MSA, la CRAM, ORGANIC, AVA c'est-à-dire les caisses de retraite.

Enfin, il y a non-cumul avec l'allocation compensatrice tierce personne, mais les personnes ont un droit d'option, pour celles qui l'ont eue avant 60 ans, entre l'ACTP ou l'ADPA.

Il n'y a pas non plus de cumul possible avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, versée par les caisses de retraite.

#### **- Instruction et décision**

Nous avons un délai d'instruction de deux mois. Le personnel intervenant dans l'instruction et l'élaboration du plan d'aide est tenu au secret professionnel et les éléments médicaux sont couverts par le secret médical.

L'ADPA est accordée par décision du Président du Conseil général, elle est servie par le Département dans un délai de deux mois.

Les modalités de recours ont été enrichies puisque la loi du 20 juillet 2001 a mis en place un système de recours amiable devant une commission des litiges. C'est une espèce de pré-contentieux qui permet de filtrer un peu les litiges mais qui est déjà très formalisé puisqu'il doit être fait dans un délai de deux mois comme pour tout recours, par lettre recommandée avec accusé de réception. Reste bien sûr toujours le recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale.

#### **- Quelques données démographiques.**

Là aussi, par rapport à ce qui a été dit ce matin nous raisonnons sur la marge des personnes du grand âge. Il faudrait faire apparaître ce qui n'a pas encore été possible, les personnes de plus de 85 ans. C'est beaucoup à partir de 85 ans

qu'apparaissent les problèmes de dépendance. C'est toujours intéressant d'avoir les chiffres de la Région Rhône-Alpes et ceux de la Savoie pour montrer que nous sommes au niveau de la Savoie avec 21 % de plus de 60 ans et avec 7 % de plus de 75 ans dans la moyenne régionale qui est plus jeune que d'autres régions et d'autres départements en particulier. On nous parlait de la Creuse qui a plus de 30 % de personnes âgées de plus de 60 ans ; les anticipations sont différentes selon le pourcentage bien évidemment.

**- Quel impact pour le Département ?**

L'ADPA est gérée et financée par le Conseil général à hauteur à peu près des 2/3 du coût global avec une participation, comme cela a été dit, de l'Etat et des caisses de retraite, via le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Pour le Conseil général de la Savoie, je ne m'étendrai pas sur les sommes. Je précise que cela a donné lieu à quinze créations de postes dans notre service, à la fois au niveau des équipes médico-sociales et au niveau administratif et pour faciliter l'accès à l'information il a été mis en place un numéro vert pour accompagner les personnes âgées et leur famille, outre les plaquettes d'information qui ont été diffusées largement auprès de tous les professionnels dont les médecins.

**- Un petit éclairage sur le budget**, sans m'appesantir pour montrer que bien évidemment il connaît une progression sensible. Cette progression va être encore accentuée le 7 mai, si l'assemblée départementale valide la demande de réajustement budgétaire à raison de 2 millions d'euros supplémentaires. D'autre part, les quinze créations de postes ne figurent pas sur ce schéma.

**- Un éclairage sur la PSD** pour vous montrer l'avant et l'après. En Savoie, nous avons environ 800 PSD réparties entre le

domicile et l'établissement avec un montant moyen pour le domicile comme pour l'établissement qui était supérieur à la moyenne nationale. C'est un point important qui a été souligné par M. GIBELLO ; en établissement, nous avons une PSD pour le GIR 1 de 120 F. par jour, pour le GIR 2 de 110 F et pour le GIR 3 de 100 F, qui a été transformée en ADPA provisoire, par délibération de l'assemblée départementale à compter du 01/01/2002.

#### **- L'ADPA en Savoie**

Tous les départements actuellement ont une montée en charge très forte. En Savoie nous avons reçu 3.000 dossiers environ, 50 % ont été déclarés complets. Cette notion de déclaration complète est importante puisque c'est celle qui fait partir la date d'ouverture des droits. Le nombre de décisions est proche de 800. Voyez la répartition entre le domicile et l'établissement avec aussi quelques rejets liés aux GIR 5 et 6.

Tous les dossiers ont été mis à disposition des établissements pour que les personnes puissent demander très rapidement l'ADPA pour prendre en compte cette facture qui fait apparaître un nouveau tarif qui est le tarif dépendance.

#### **- Statistiques**

Des statistiques aussi par rapport à nos décisions, un simple éclairage très partiel qui vous montre la répartition par GIR. Ce qui est très net et cela illustre bien ce que disait M. CHAMPVERT, à domicile nous avons peu de GIR 1, c'était le cas dans la PSD, c'est toujours le cas dans l'ADPA et nous voyons bien là la complémentarité entre établissement et aide à domicile. Le GIR 1 est vraiment la limite du maintien à domicile.

De la même façon, on parlait de complémentarité autour de l'accueil de jour, l'accueil temporaire, évidemment va

s'instaurer une plus grande complémentarité entre le domicile et les établissements.

Les GIR 1 et 2 sont très lourds en établissement.

Ensuite, vous avez une répartition des décisions par territoire, c'est un éclairage partiel qui n'est pas complètement significatif.

C'est vrai, là aussi, M. CHAMPVERT le disait, que fin 2002 et pour juin 2003 tous les départements, donc au niveau national, nous serons en capacité d'avoir une analyse bien plus fine des besoins et des réponses, à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif.

Actuellement, après trois mois de fonctionnement, c'est beaucoup trop tôt encore. Nous sommes, comme au plan national, dans l'incertitude, puisque nous ne savons pas le nombre de personnes qui s'autocensuraient. Nous avons un éclairage sur les personnes de dépendance moyenne. C'est donc un chiffre imprécis.

#### **- Les grands chantiers à ouvrir**

Christine PAVIET y a fait allusion, il va de soi que ces chantiers sont à ouvrir avec tous nos partenaires que sont les caisses de retraite, les communes, leurs CCAS et les associations. En toile de fond, je dirai pour parler de prévention – la prévention démarre très tôt, nous l'avons vu ce matin, elle démarre dès la jeunesse ... sur cette question lourde de la perte d'autonomie. Les caisses de retraite auront à rester très présentes sur les GIR 5 et 6 qui sont en amont de l'ADPA. Il est très important qu'il y ait une très bonne articulation, nous y travaillons avec eux dans la répartition des rôles : le Département prenant en charge les APA de dépendance lourde et moyenne et les caisses de retraite intervenant en amont.

Nous voyons que les pistes de travail sont nombreuses, il s'agit d'une révolution culturelle, les années à venir vont s'accompagner de diversification des réponses.

- Développer les réponses accompagnant le maintien à domicile :

- accueil de jour. Nous avons commencé. Le schéma prévention dépendance était déjà dans cette orientation, mais nous avons à conforter les réponses de ce type-là. Ce matin M. GIBELLO a fait allusion au travail qui est fait autour de la maladie d'Alzheimer, et c'est vrai aussi que pour les malades d'Alzheimer et pour les autres bien sûr, les formules de type accueil de jour sont des formules susceptibles à la fois d'aider les familles et de stimuler les personnes âgées concernées.

- Accueil temporaire, de la même façon,

- Portage de repas. Dès maintenant nos équipes médico-sociales font apparaître que sur certains points, dont celui du portage de repas, il y a déjà des manques qui apparaissent. Il va falloir que ces services soient développés.

- Aide aux aidants, ce sera évoqué dans la table ronde suivante, puisque majoritairement, nous le savons, ce sont les familles qui soutiennent leurs aînés.

- Engager un travail avec les services de l'emploi - et là la balle est dans le camp de l'Etat, le Conseil général participera avec les services de l'Etat et de la Région, à la recherche de solutions sur le problème majeur qui est celui de la pénurie des aides ménagères et du personnel qualifié en soins.

Pour ce qui concerne la pénurie des aides ménagères, c'est un problème récurrent, mais qui est mis encore plus en exergue, et nos équipes médico-sociales nous alertent sur le fait que sur certains secteurs, dans certains plans d'aide, alors que nous partions avec une volonté de mettre en place des services

d'aide à domicile en priorité, nous sommes amenés parfois, faute de réponse, à proposer de l'embauche directe.

Ce travail important et lourd devra parvenir à :

- susciter des recrutements,
- développer un volet d'information sur ce métier qui doit devenir attractif. C'est toute la question de la professionnalisation derrière, de la valorisation, aussi de la restructuration de certains services d'aide à domicile pour qu'il y ait de véritables contrats proposés aux personnes. C'est un travail lourd et de fond qui doit s'engager.

- accompagner la nécessaire modernisation et restructuration des services d'aide à domicile. Je précise qu'en Savoie nous avons 22 services dont 18 sont gérés par des collectivités locales, en particulier les CCAS. C'est une caractéristique en Savoie.

Là aussi les communes sont des partenaires particulièrement privilégiés dans le domaine du soutien à domicile, puisqu'il y a toujours eu une forte implication des CCAS sur ces questions-là.

Voilà de façon un peu synthétique et rapide ce que je pouvais vous dire.

M. DUBOS. – Je pense que de nombreuses questions sont en train d'arriver.

Pendant que M. CAUSSE prépare son intervention, nous allons demander une réponse à une première question.

M. CHAMPVERT – Je vais regrouper deux questions qui sont assez proches, l'une concernant « *les besoins réels des personnes âgées* » et l'autre « *un ratio idéal de personnel* ».

Deux éléments de réflexion, les auteurs de la grille AGGIR (Vetel – Leroux – Ducoudray) évaluent pour ce qui est uniquement de l'aide à l'autonomie, en excluant la partie soins, la

nécessité de 3 h. 30 d'aide par jour pour une personne qui est en GIR 1. Faites les calculs par rapport à ce que vous connaissez en établissement, vous allez voir que beaucoup d'établissements sont largement au-dessous. Il y a un autre ratio dont toutes les études montrent qu'il donne des résultats sensiblement similaires, mais qui lui est d'utilisation beaucoup plus simple, qui est la préconisation du CROS Ile-de-France, qui dit que pour une maison de retraite il faudrait un ratio tout compris de 0,6, c'est-à-dire six professionnels pour dix personnes âgées, étant entendu que c'était avant RTT. Donc ajoutez en gros 10 %, on va dire 0,65. Une maison de retraite, étant selon les résultats du ministère, un établissement qui a un GIR moyen pondéré autour de 550. 0,65 pour 550. Voilà un premier ratio sur la base duquel on peut réfléchir.

Mme LA PRESIDENTE. – Merci.

**- La réforme de la tarification et le secteur public.**

M. CAUSSE. – Merci de me passer le témoin. Il me revient, suite à la commande qui m'a été faite par les organisateurs, de vous faire un point sur la réforme de la tarification des établissements. La commande était pour moi ambitieuse et en même temps très intéressante, puisque l'idée était de pouvoir vous aider à saisir différents aspects techniques de cette réforme avec une assistance composée à la fois de personnes qui n'y connaissent pas grand chose et en même temps, de personnes qui en connaissaient déjà à peu près tout.

Je vais essayer d'équilibrer mon propos entre la grande technicité que Pascal CHAMPVERT a justement critiquée dans cette réforme de la tarification, tout en vous apportant les grands cadres de réflexion qui vous sont nécessaires pour vous-mêmes, pour vos proches, pour essayer de comprendre pourquoi votre tarif, pourquoi le niveau des dépenses qui sont engagées pour une

personne en établissement peuvent évoluer d'un établissement à l'autre, de manière parfois sensible, à raison d'une équation que je vais essayer de vous décrire, une équation que l'on pourrait presque décrire comme à cinq inconnues.

Tout d'abord, il me faut présenter la Fédération Hospitalière de France où j'ai la responsabilité du secteur « vieillesse - handicap », c'est-à-dire à la fois la représentation de 1.500 établissements publics autonomes, maisons de retraite qui offrent une capacité d'accueil de près de 120.000 lits, ainsi que les 1.100 établissements qui sont rattachés à des établissements de santé, à des hôpitaux généraux, à des centres hospitaliers universitaires, qui représentent une offre importante, presque 100.000 lits également, sans compter les 80.000 lits de soins de longue durée qui font également partie de l'équipement quasiment exclusivement public de l'offre d'hébergement qui est mis à la disposition des personnes âgées.

Sur les 9.500 établissements, tous statuts confondus, en intégrant l'associatif, le commercial, pour vous donner ce repère général, le secteur public hospitalier et médico-social représente un gros quart des établissements, par contre, en terme de capacité d'accueil, il représente 47 %, ce qui en fait un des acteurs de référence du secteur.

Un autre point qui me paraît intéressant à souligner pour la FHF, pour la « Fédé » comme disent les intimes, c'est qu'elle représente à la fois la composante très technique, hospitalo-universitaire, du secteur qui va comporter par exemple des services de gériatrie dans des CHU et en même temps, la petite maison de retraite publique de 60 lits. Il s'agit donc d'une gamme finalement de styles, de préoccupations, de modes d'accueil très variée, ce qui est à la fois pour nous, au niveau de la délégation nationale, une position parfois malaisée puisque

nous sommes amenés à nous définir sur des situations qui sont très différentes. Mais il me semble pour autant que c'est également une opportunité – je vais tenter de l'illustrer – pour porter un regard large et décroisé sur le sanitaire et le social : en effet, cette position particulière entre la petite maison de retraite autonome d'une part avec ses problématiques qui lui sont propres et le service hospitalo-universitaire d'autre part, témoigne finalement de la graduation des styles de service dont chacun d'entre nous peut avoir besoin.

J'en viens à ce qu'a été ma commande, sur une présentation de l'actualité de la réforme de la tarification avec quelques rappels de ses principes.

Au fur et à mesure de ma présentation, se dessine l'équation à cinq inconnues qui fait que depuis quelques mois, à partir du 1<sup>er</sup> janvier notamment et dans les mois qui viennent, l'ensemble des raisons pour lesquelles vos tarifs peuvent être amenés à baisser, à être stables, à augmenter avec une forte part d'inconnu, pour les personnes, c'est une première chose, mais également il faut bien le dire pour les responsables d'établissements qui ont la charge d'organiser la gestion des établissements.

Le plan de mon intervention vous propose de vous figurer la situation comme celle de la course d'un steeple-chase :

- Il y a d'abord la « course de fond », un travail de longue durée qui est celui de la signature des conventions tripartites dont Pascal CHAMPVERT a parlé tout à l'heure. Pour cela, il me faudra également vous parler de quelque chose d'un peu particulier : la sincérité des comptes. C'est un terme qui suscite en général une certaine curiosité du fait de la formulation choisie !. C'est une question également assez complexe, assez technique qui pèse sur les

établissements pour personnes âgées qui sont rattachés à un hôpital, je vais expliquer rapidement pourquoi tout à l'heure.

- A côté de cette toile de fond, il y a également le « saut d'obstacles », le franchissement des haies : ce sont les soubresauts tarifaires qui se présentent pour les personnes avec les évolutions de leur tarif d'hébergement, avec les évolutions de leur tarif dépendance et avec les problèmes compliqués du passage pour eux de l'ex-PSD à l'Allocation Personnalisée Autonomie.

Autre franchissement de haies pour les responsables d'établissements, pour les autorités tarifaires et les personnes accueillies : une évolution dans la prise en charge des médicaments dans les établissements, qu'il me paraît important de signaler.

Enfin et pour compliquer le tout la survenance de la RTT dans les établissements publics au 1<sup>er</sup> janvier. Si j'ajoute le passage à l'euro et quelques autres joyusetés, vous imaginez que la vie de responsable d'établissement sur cette période a été vraiment bien occupée et très malaisée.

Pour le public qui n'est pas déjà bien au fait de la réforme de la tarification, il me faut rapidement planter le décor, en rappeler les grands principes.

1° - Une convention tripartite qui, comme son nom l'indique, rassemble trois signataires, l'établissement intéressé et les deux autorités tarifaires auxquelles l'établissement est référencé : le Conseil Général au titre de sa compétence relative à la tarification de l'hébergement et de la dépendance, cela a été très précisément rappelé à l'instant, et d'autre part la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales pour définir le budget soins de l'établissement.

2° - Cette réforme de la tarification comporte également de nouvelles règles du jeu budgétaires, puisqu'en fait, là où autrefois il y avait deux budgets, un budget soins et un budget hébergement, on a fait survenir une séparation en trois domaines distincts : les soins d'une part, la dépendance d'autre part et l'hébergement enfin. Il est important d'ores et déjà de dire, même dans une vision d'ordre général de la réforme, qu'en faisant ce partage et en cloisonnant ces trois secteurs, on a introduit des clefs de répartition des dépenses entre ces trois domaines qui vont jouer un rôle dans la complexité du système que je vais exposer tout à l'heure. On a ainsi posé comme règle qu'une aide-soignante était partagée entre le budget soins et le budget dépendance. On a également posé le fait qu'un agent des services hospitaliers était partagé pour la couverture de la dépense que représente son emploi, entre le budget hébergement et le budget dépendance.

Pour mémoriser cela, sans rentrer trop dans la technique, vous pouvez garder en mémoire que la section dépendance, c'est la « section 30 % ». On y met 30 % des dépenses des aides-soignants, on y met 30 % des dépenses des agents des services hospitaliers et les deux autres colonnes, les soins et la colonne hébergement recueillent les 70 autres %.

3° - Cette convention a une dimension pluriannuelle qui inscrit l'établissement dans une évolution sur cinq ans, et cette évolution sur cinq ans intervient dans le cadre d'un travail d'auto-évaluation : il s'agit là de la confrontation collective d'une équipe en charge de la gestion et de l'animation d'un établissement, avec un référentiel de questionnement sur les pratiques professionnelles et l'organisation. Ce travail a pour objectif d'identifier de manière participative les « points forts » et les « points faibles » de l'organisation et des pratiques, ainsi

que leurs lignes évolutives. Il existe plusieurs référentiels d'auto-évaluation sur le secteur personnes âgées, mais il y en a un qui est relativement connu parce qu'il a été élaboré sous l'égide du Ministère : il s'appelle Angélique. Dans ce style de travail chaque établissement confronte son organisation, ses pratiques professionnelles et ses projets à un certain nombre de questionnements et, sur la base des réponses participatives à ces questions, essaie de se projeter dans l'avenir. Ces projets constituent évidemment l'une des bases importantes, essentielles, de sa négociation avec ses autorités tarifaires pour assortir ses projets des moyens qui lui seront nécessaires tant en personnel qu'éventuellement sur d'autres aspects qui peuvent être par exemple la rénovation, l'adaptation des locaux à l'évolution des admissions et des besoins des personnes qu'il accueille.

4° - Cette réforme développe une logique de SMIC, une logique de moyens minima au niveau des soins dont tout établissement devrait pouvoir disposer. Cela correspond à ce terme « Dominic » que vous avez déjà entendu et qui veut dire : dotation minimale de convergence. Donc, par une équation dont je vous épargnerai l'explication, on a posé une règle selon laquelle tout établissement étant inférieur à ce plancher aurait droit à une mise à niveau autour de cette référence et on a assorti cela d'un financement sur cinq ans de 910 M € (6 milliards de francs). Cela permet aux autorités tarifaires, à la DASS en l'espèce, puisqu'il s'agit du budget soins, d'assortir la signature de la convention de l'obtention de moyens nouveaux soignants : pour les établissements : infirmières, aides-soignants notamment.

5° - L'APA en établissement arrive comme cela a été expliqué par un intervenant précédent, pour assurer la compensation du tarif dépendance qui a été instauré, à l'exception

d'un ticket modérateur laissé à la charge des personnes hébergées.

Voilà rapidement rappelés les principes. Maintenant, voyons quelles sont les réalités.

Vous voyez sur ce premier graphique l'évolution dans le temps de la signature des conventions au niveau national. Le rythme de signature a été extrêmement restreint jusqu'au mois de décembre, durant lequel avaient été signées 250 conventions en France. Ce qui aboutissait en cumulé à un total de 350 conventions signées au niveau national. En janvier et surtout février le soufflé est retombé, sans doute pour plusieurs raisons. Parce que la loi « droit des malades » a introduit une novation importante avec la sortie des médicaments des budgets soins des établissements, mais aussi parce que les autorités tarifaires comme les établissements avaient un agenda extrêmement chargé et devaient se préoccuper de beaucoup d'autres choses : la mise en place de la RTT, la mise en place de la campagne budgétaire pour l'année. Ils ne manquaient pas de sujet d'occupation ! ...

Pour ce qui concerne cette région, j'ai essayé de regarder précisément quels étaient les repères chiffrés UHSE (Union Hospitalière du Sud-Est) qui regroupe dans notre dénomination FHF un certain nombre de régions comme : Bourgogne, Franche-Comté, Rhône-Alpes, PACA et Corse. Dans cette grande région, nous avons un panorama très contrasté puisque nous trouvons à la fois la Bourgogne qui est une des régions qui a démarré le plus vite, la Franche-Comté qui n'a signé que trois conventions, puis les trois autres : Rhône-Alpes, PACA et Corse sont dans des positions intermédiaires.

Il est important de signaler cette situation puisque les règles du jeu de l'année 2002 pour les responsables d'établissement et les autorités tarifaires c'est que ce sont les

régions et les départements qui auront avancé le plus vite dans les signatures de convention qui vont recevoir le plus vite de nouvelles délégations de crédits pour les dépenser. Il y a dans la vision de l'administration centrale une sorte de « prime à la signature » pour les Régions et les Départements qui avancent le plus vite.

Il me paraît également intéressant de souligner que les établissements publics sont à peu près dans l'ordre de marche d'ensemble de tous les autres types d'établissements sur la signature des conventions, avec une situation plus en avant pour les établissements autonomes, donc les maisons de retraite qui ne sont pas rattachées à un établissement de santé, qui ont été plus vite que tous les autres types d'établissements de santé. Sans doute est-ce lié au fait qu'un grand nombre d'entre eux, comme l'évoquait Pascal CHAMPVERT, ont trouvé d'excellentes opportunités se manifester à travers la signature d'une convention, surtout au mois de décembre où il y a eu une certaine invitation à délivrer des signaux favorables autour de cette réforme. Nous avons ainsi été informés de négociations très favorables sur cette période permettant à des établissements d'obtenir des moyens dont ils étaient fort dépourvus.

Donc, première raison d'avoir des évolutions de tarifs au niveau d'un établissement, première inconnue de l'équation que j'indiquais tout à l'heure : l'existence ou pas dans cet établissement d'une convention tripartite signée.

Deuxième question compliquée : la sincérité des comptes. Qu'est-ce que cela recouvre ? Les maisons de retraite qui étaient adossées à un hôpital et qui le sont toujours d'ailleurs, ne fonctionnent évidemment pas en « circuit fermé » : elles fonctionnent de manière très articulée avec l'hôpital qui les voisine, qu'il s'agisse de leur logistique, de la restauration, de la

blanchisserie, de la gestion administrative et financière. La difficulté de cette réforme est qu'elle a demandé à ces établissements de faire une opération vérité des coûts, c'est-à-dire que l'on se préoccupe de savoir si dans le tarif d'hébergement payé par les personnes âgées dans les établissements, il y a bien tout le prix du coût de traitement du drap ou du repas ? Le principe étant la vérité des coûts, si on se rend compte, ce qui est un cadre assez général, qu'il y a une sous-facturation des prestations servies par l'hôpital à la maison de retraite, on transfère ces charges à l'établissement d'hébergement, et qui dit transfert des charges à l'établissement veut dire pour certains cas, lorsqu'il s'agit de mettre à disposition une infirmière ou une aide-soignante de la faire passer d'un budget à un autre. Mais lorsqu'il s'agit de repas ou de traitement de linge, donc de dépenses qui sont imputées au tarif d'hébergement, cela pose la question de savoir de combien le tarif d'hébergement va être augmenté du fait de cette opération « vérité des coûts ».

Pour les hôpitaux, c'est une situation un peu entre Charybde et Scylla : d'un côté la vérité des coûts les intéresse parce que cela peut clarifier l'équilibre de qui doit payer quoi, ce que la Sécurité sociale doit payer dans les dotations de soins d'une part, et ce qu'il est logique de voir payer dans le tarif d'hébergement d'autre part. D'un autre côté, la prise en compte de la réalité des coûts peut aboutir à des augmentations de facture substantielles pour les résidents ou les Conseils Généraux au titre de l'aide sociale. Le problème est que cette opération en termes comptables est extrêmement complexe à réaliser et qu'aujourd'hui, sur un plan général au niveau national, il y a des établissements qui ont mis en œuvre de nouveaux tarifs en prenant en compte cette opération, pour certains en totalité, pour

d'autres partiellement et pour une large majorité pas du tout. Ce qui veut dire que nous allons connaître encore des évolutions tarifaires fortes, ici et là, du fait de la prise en compte de cette opération « vérité des coûts ». C'est une opération qui par ailleurs présente de très grandes difficultés pour l'administration elle-même, puisque bien que les services du ministère aient rappelé à leurs administrations régionales la nécessité de lui remonter une information de synthèse sur ces nouveaux équilibres financiers, dix régions, ce qui est quand même une large part en France, n'ont actuellement restitué aucune information au Ministère sur ces mouvements financiers.

Pour ce qui concerne la région UHSE, la Franche-Comté et la Corse n'ont fait connaître aucune situation de rééquilibrage des comptes entre les hôpitaux et les maisons de retraite. Pour les régions PACA, Rhône-Alpes ou la Bourgogne, les sommes en question transférées des budgets des hôpitaux aux maisons de retraite sont considérables : 256 MF sur la région Rhône-Alpes, ce qui représente 20 % des budgets des établissements pour personnes âgées qui se voient ainsi augmenter des transferts de dépenses venant de l'hôpital.

C'est donc une logique d'opération vérité qui est très partiellement engagée globalement, mais dans tel ou tel établissement complètement accomplie, mais dans beaucoup d'autres pas du tout. Il me semble que c'est une opération pour laquelle, aujourd'hui, on n'a pas encore ressenti au niveau des établissements et des tarifs d'hébergement l'impact réel de sa mise en œuvre : il s'agit donc de la deuxième inconnue de l'équation que j'évoquais tout à l'heure.

Maintenant voyons les problèmes très sérieux de mise en place de l'APA en établissement. L'APA en établissement, cela a été très bien dit par les deux intervenants précédents, répond à

des règles du jeu différentes de celles du domicile, puisque le montant est défini en compensation du tarif dépendance de l'établissement qui lui est spécifique : il dépend, en effet, de son niveau de moyens, de son tableau des effectifs ainsi que de l'application de la règle des 30 %.

Une première difficulté se présente, qu'il me faut signaler : remplir un dossier d'APA et le voir déclaré complet par un Département prend du temps. De plus, la personne âgée et ses proches voient arriver une facture qui devrait comporter le tarif dépendance alors que l'APA n'est pas encore servie : cela signifie, pour eux, une augmentation brutale et immédiate de leurs dépenses même si cela ne constitue en fait qu'une « avance de trésorerie », dans l'attente du versement de l'allocation. Des palliatifs ont pu être mis en place ici ou là : nombre de directeurs d'établissements ont pris l'orientation de ne pas facturer leur tarif dépendance pour 2002, même s'ils en disposent – certains n'en disposent toujours pas – de manière à attendre que l'APA soit mise en place. D'autres conseils généraux ont voulu se montrer plus rassurants pour les personnes et ont indiqué – la Fédération hospitalière a invité d'autres à les imiter – que les personnes auraient un droit rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2002, dès lors que leur dossier serait déclaré complet, de manière à ne pas avoir ce type de difficulté. On voit bien en réalité, puisque le montant de l'APA est directement relié à la fixation du tarif dépendance de l'établissement, qu'il est nécessaire sinon d'avoir une antériorité du moins une simultanéité dans la mise en œuvre de la tarification de la dépendance et la perception de l'APA par les résidents.

Le deuxième problème que Pascal CHAMPVERT et moi avons vu sur les questions que vous nous avez fait parvenir à la tribune, sur les « petits papiers » est celui de la transition entre

les ex-allocataires de la PSD et l'attribution de l'APA en établissement. Cette transition est liée à une difficulté d'ordre technique : le tarif dépendance en établissement est corrélé au niveau de perte d'autonomie et donc de ce fait les personnes qui sont en GIR 1 et en GIR 2 acquittent une dépense plus élevée. De ce fait, l'arrivée de l'APA, par rapport à la PSD qui fonctionnait en réduction du tarif d'hébergement dans la situation précédente s'est traduite pour presque 25.000 personnes en France par un alourdissement très sensible de leurs dépenses mensuelles, entre 1.000 et 1.500 F.

J'ai bien conscience d'être dans quelque chose de complexe. Je vais essayer de le redire d'une autre manière. Je puis vous assurer que lorsqu'il nous a fallu faire prendre conscience aux pouvoirs publics de la difficulté de cette situation, il a fallu l'expliquer plus d'une seule fois.

Je vais essayer de résumer : en termes de philosophie d'aide sociale, il y a une tradition qui est que lorsqu'une allocation en remplace une autre, les droits antérieurs ne sont pas amoindris. On s'assure donc du fait que la nouvelle allocation ne soit en rien inférieure à la situation qui prévalait pour le bénéficiaire antérieurement. Pour ce faire, dans la loi du 20 juillet 2001 créant l'APA, a été créée une allocation différentielle pour venir compléter l'APA, l'augmenter, pour ajuster cela au niveau de l'ancienne PSD dans le cas où ses modalités de calcul aboutiraient à des droits inférieurs. Jusque là, tout va bien, on raisonne en niveau d'aide financière brute allouée aux personnes. Je crois très sincèrement que les auteurs de ce texte étaient persuadés d'avoir couvert les situations qui pouvaient se présenter. Le problème, c'est que les personnes qui étaient allocataires de la PSD voyaient cette aide déduite de leur montant d'hébergement sans que la charge financière pour elles varie à

raison du niveau de dépendance : GIR 1, GIR 2, GIR 3. Ainsi, bien que l'on se soit assuré qu'en terme d'aide financière versée on soit au même niveau, par contre, il s'est avéré que le niveau de dépenses nettes acquitté par le résident pouvait avoir augmenté : c'est-à-dire la confrontation entre le niveau net de dépenses de décembre 2001 comparé au solde des factures 2002 diminuées de l'APA et de l'Allocation différentielle. Cette augmentation a donc deux raisons : tout d'abord le fait que la philosophie de la réforme soit une tarification de la dépendance plus élevée pour les GIR « lourds » que pour les GIR « légers » et ensuite, deuxième aspect qui n'avait pas été vu, c'est qu'en même temps arrivait la RTT dans les établissements publics. C'est-à-dire de nouveaux emplois à financer par l'assurance maladie, par la collectivité nationale, mais aussi de nouveaux emplois à financer par le tarif d'hébergement. Dans des départements ou des régions où l'aide sociale intervient beaucoup, cette dépense n'est pas directement visible pour les personnes âgées et leurs proches. Dans des situations où la plupart des personnes sont payantes, les personnes âgées paient la RTT des personnes qui s'occupent de leur hébergement et cela impacte directement le tarif.

Nous venons là d'évoquer deux inconnues de l'équation que j'évoquais tout à l'heure, pour comprendre le pourquoi de l'évolution des tarifs : le passage de la PSD à l'APA et l'arrivée de la RTT, avec de fortes différences selon les départements.

La question *« qu'est-il envisagé pour ces personnes ? »* a été posée dans les « petits papiers », j'y réponds rapidement. Un dispositif spécial a été imaginé et est en cours d'arbitrage au niveau du cabinet du ministre : un fonds de solidarité qui permettrait de demander aux établissements de ne pas facturer

plus cher pour ces situations que le niveau de dépenses nettes qui était le leur en décembre 2001, auquel on ajouterait un taux d'actualisation de 2,8 % ainsi que le ticket modérateur dépendance 5/6. Dans cette configuration qui n'est en rien assurée de voir le jour (1), les établissements verraient compenser cette sous-facturation par les Départements, qui eux-mêmes seraient financés par l'Etat.

C'est de cela que notre vie professionnelle dans le secteur personnes âgées est faite, et cela fait partie de l'équation à cinq inconnues que j'évoquais tout à l'heure. Aujourd'hui, je puis vous dire que notre position à la Fédération Hospitalière de France est très embarrassée sur ce sujet : lorsque nos collègues en établissement nous demandent : est-ce que nous devons facturer à notre tarif 2002 qui est le seul officiel, arrêté par le Président du Conseil Général, ou est-ce que nous devons procéder à cette sous-facturation et si nous sous-facturons, est-ce que nous serons vraiment remboursés par les Conseils Généraux, qui eux-mêmes se posent la question de savoir s'ils seront remboursés par l'Etat ? La position de la FHF est donc de la nécessité d'un texte officiel sur ce sujet, et nous avons écrit en ce sens à nos interlocuteurs ministériels. Cela fait partie des derniers engagements que la ministre, Mme GUINCHARD-KUNSTLER souhaiterait pouvoir assumer.

On va pouvoir passer maintenant à quelque chose de plus simple, mais qui ne l'est pas pour un certain nombre de résidents en établissement : dans l'actualité de la réforme de la

---

(1) Ce dispositif n'a pas pu in fine être mis en place, compte-tenu du calendrier électoral. Le nouveau gouvernement a mis à l'étude un dispositif reposant sur d'autres principes, avec vocation à s'appliquer seulement pour l'année 2002.

tarification, un autre changement est intervenu, avec la loi « droit des malades » qui est parue le 5 mars au Journal Officiel. On passe là de la « course de fond » au « saut d'obstacle » dont l'addition constitue le steeple-chase, mon image de tout à l'heure. Cette loi a prévu, sous le pression du lobby des pharmaciens, la sortie des médicaments des forfaits soins, dans les établissements ne comportant pas de pharmacie à usage intérieur.

En clair, cela veut dire que les résidents, notamment dans les petits établissements pour personnes âgées qui n'ont pas de pharmacie interne, sont invités ainsi à se « comporter » pour leurs besoins de médicaments comme les assurés sociaux que chacun d'entre nous peut être : c'est-à-dire qu'il y a prescription individuelle puis approvisionnement auprès du pharmacien de ville. Il y a ensuite remboursement par la Sécurité sociale, mais cela signifie également pour les personnes concernées, le paiement du ticket modérateur et pose la question de la disposition d'une mutuelle. Cette question du financement des médicaments était réglée avant la réforme pour les résidents hébergés dans les anciennes « cures médicales », et tout un chacun pensait qu'elle était globalement traitée avec le nouveau régime issu de la réforme, par l'intégration de tous les médicaments dans les forfaits soins. Et bien non, cet amendement parlementaire recrée la nécessité de mutuelles pour les résidents dans de nombreux établissements, donc une nouvelle dépense : nouvelle inconnue de mon équation à inconnues multiples du départ.

Pour les collègues qui sont en établissement et qui doivent assumer cette mise en place : un point rapide sur ce qu'un texte du 10 avril a précisé sur cette nouveauté. Il a été précisé dans cette circulaire que cet article de loi ne concerne pas les établissements qui ont déjà signé une convention tripartite. Donc,

autre problème dans cette réforme, nous avons deux régimes qui apparaissent, il y a les établissements avec médicaments et les établissements sans médicaments, avec des signatures d'avant et après la loi du 4 mars. Pour ceux qui sont aujourd'hui dans la situation intermédiaire ou qui n'ont pas encore signé leur convention mais qui vont bientôt le faire, il n'y a pas de changement : ils continuent d'assurer la fourniture des médicaments quand ils disposent de section de cure médicale. Enfin, c'est seulement pour les nouvelles conventions tripartites signées que la sortie des médicaments des forfaits soins s'appliquent, à partir de la date à laquelle elles interviendront : si les établissements ont une pharmacie à usage intérieur, ils assument directement la gestion des médicaments, s'ils ne disposent pas de cette pharmacie, le besoin de médicaments sera assuré pour les personnes par une couverture des pharmacies d'officine et un remboursement par les soins de ville.

Un mot d'ordre plus politique sur ce texte. L'ambition des porteurs de la réforme de la tarification, c'était une logique d'intégration, une logique de « tout compris » qui faisait en sorte que les établissements assurent le service et la gestion financière des médicaments pour en assurer une bonne économie, au sens large et une certaine maîtrise qualitative puisque l'on sait aujourd'hui que presque 10 % des hospitalisations de personnes âgées à l'hôpital sont liées à des effets indésirables de iatrogénie médicamenteuse. On sent bien que sur cet aspect-là il y aurait des choses à faire en terme d'amélioration de la qualité. Mais le lobby des pharmaciens a prévalu très largement sur l'intérêt conceptuel et pratique de cette idée ; il a prévalu également sur les positions des organisations professionnelles.

Toutes ces données font évidemment l'objet de notes d'information que vous pouvez aller consulter et télécharger sur

le site Internet de la Fédération Hospitalière de France, ou qui sont disponibles auprès de nos correspondants départementaux. L'adresse du site internet est : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

La circulaire du 10 avril comporte également d'autres dispositions importantes à connaître qui sont intéressantes. Ce texte actualise le montant du « SMIC des établissements », la « Dominic » en portant le tarif partiel des établissements à 5,5 € et le tarif global à 6,1 €. Cela fait porter de 34 à 36 F ou de 38 à 40 F le forfait soins des établissements. D'autre part, il prévoit un mode de calcul particulier pour tous les établissements qui n'auront plus à assurer la couverture des médicaments.

Pour revenir à ma question première : qu'est-ce qui fait que la dépense pour une personne augmente ou baisse avec cette réforme de la tarification ? Elle va devoir éventuellement se remettre à cotiser à une Mutuelle pour assurer, dans certains établissements, la couverture des médicaments.

Autre inconnue selon les établissements publics : la gestion de l'impact de la RTT. La baisse du temps de travail qui résulte de la RTT est *grosso modo* une baisse de 11 %. Une compensation seulement de 7,5 % a été prévue par des créations de poste, soit une baisse du niveau d'encadrement soignant, alors qu'il n'était déjà pas bien large. D'autre part, une circulaire de novembre 2001 avait prévu que ces compensations de postes soient réparties sur trois ans : 2002, 2003, 2004. Compte tenu de la modestie des effectifs, cela veut dire concrètement qu'un certain nombre de collègues en établissement se sont vu attribuer par leur DDASS, mais elles n'y pouvaient pas grand-chose, des 0,25 ou des 0,32 postes ; c'est-à-dire des choses pas très commodes à organiser pour compenser les réorganisations de planning et les changements d'emploi du temps liés à la mise en place de la RTT.

Parmi les nouvelles plus favorables qui sont intervenues sur le secteur, nous avons eu avec la circulaire du 10 avril un accord ministériel pour concentrer sur l'année 2002 l'arrivée de tous ces postes dans les établissements pour permettre une mise en oeuvre de la RTT moins péjorative sur le niveau de service offert par les établissements. Une des difficultés que je peux signaler autour de la complexité de la réforme et de l'augmentation des tarifs dans les établissements, « les cinq inconnues » qui j'espère sont désormais bien repérées par chacun d'entre vous sinon maîtrisables dans leur impact pour chaque établissement, c'est que lorsqu'au titre de la compensation de la RTT, une DDASS attribue un poste plein d'aide-soignant complémentaire à un établissement, concrètement, il faudrait pour répondre aux règles du jeu de la réforme de la tarification, imputer 30 % de ce nouveau poste d'aide-soignant sur la section dépendance et venir recharger tous les tarifs dépendance, donc le montant des factures mensuelles pour chacun.

C'est un problème où finalement tous les curseurs peuvent bouger simultanément du fait des règles du jeu de répartition des dépenses et de fixation des tarifs, plus particulièrement en 2002 et sans doute encore en 2003. C'est cela qui explique l'expression que j'ai employée d'équation à multiples inconnues.

Pour terminer, il me semble important de vous apporter une vision d'ensemble de notre travail à la Fédération. C'est d'être un support technique aux établissements et à nos collègues pour toutes les difficultés qui se présentent pour eux, en terme de fixation de budgets, de négociation de conventions triparties, de suivi des réglementations diverses et variées et elles sont nombreuses. Il y a aussi une logique d'aide des collègues qui

