

SOMMAIRE

Sommaire	1
LE CONTEXTE JURIDIQUE DES E.H.P.A.D.	5
La demarche qualite dans l'accueil de la dependance	7
Le budget des E.H.P.A.D.	17
Le choix de la structure gestionnaire	27
L'ORGANISATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE DANS LES COTES D'ARMOR	31
Le diagnostic des besoins medico-sociaux sur le departement	33
Les orientations choisies par les autorites de tutelle	39
Les pistes de travail	45

Il est apparu nécessaire de séparer le rapport d'étape en deux livrets. Celui-ci présente le cadre général dans lequel peuvent s'inscrire les prestations proposées par les E.H.P.A.D. et le deuxième livret sera basé sur les difficultés rencontrées dans la gestion quotidienne de ces établissements.

LE CONTEXTE JURIDIQUE DES E.H.P.A.D.

LA DEMARCHE QUALITE DANS L'ACCUEIL DE LA DEPENDANCE

Le cadre législatif associé à la signature de la convention tripartite engendre des changements importants pour ces établissements. S'il était nécessaire de revoir les conditions de la prise en charge de la personne âgée, le contexte juridique mis en place par la loi du 2 janvier 2002 est un bouleversement pour les acteurs de terrain.

« Les nouvelles exigences de la Loi 2 janvier 2002 demandent un tout autre mode de gestion. En effet, la transformation en E.H.P.A.D. sonne la fin de la gestion purement administrative des établissements médico-sociaux. Elle représente un nouvel habit juridique, demande aux gestionnaires de raisonner en terme de projets, de management, et implique un bouleversement des métiers de ce secteur. La convention représente alors une véritable 'révolution culturelle' pour les établissements qui la signent et demandait une préparation aux changements. Or, le fait de la rendre obligatoire a peut-être favorisé l'absence de préparation des établissements, des acteurs institutionnels et des usagers.» (DDASS 22 lors de la réunion de la Commission du 11 mars 2009)

« La loi du 2 janvier 2002 a modifié le contexte des établissements médico-sociaux et a mis en place des outils pour garantir un accompagnement de qualité.

L'obligation de qualité implique : une professionnalisation des agents, un changement de régime juridique, une individualisation de la prise en charge. » (Conseil général 22 lors de la réunion de la Commission du 11 mars 2009)

1. La notion d'E.H.P.A.D.

Depuis 2001, en application de la réforme tarifaire, un nouvel habit juridique est apparu : les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Il permet aux établissements d'intégrer le soin dans leur budget et de prévoir les moyens nécessaires à la prise en charge des personnes dépendantes (personnel infirmier, le médecin coordonnateur, ou encore le matériel médical). Lorsque le foyer logement ou la maison de retraite devient un E.H.P.A.D., le gestionnaire s'engage à assurer une prise en charge médicale mais l'établissement ne devient pas pour autant un établissement de soin. Il reste un foyer logement ou maison de retraite par la définition d'un projet d'établissement. En effet, l'établissement peut se donner pour objectif de rester un lieu de vie en multipliant les espaces d'échanges et maintenant le lien social du résident.

Progressivement les établissements signent la convention tripartite.

2. Le régime juridique associé à la signature de la convention tripartite

Dans les grandes lignes, la signature d'une convention tripartite signifie que l'établissement aura des moyens financiers s'il répond à des objectifs de qualité (management par projet, professionnalisme des agents, adaptation aux normes de type J, évaluation, etc.) et s'il respecte le droit des usagers. Une fois la convention signée, le Conseil général et la D.D.A.S.S. exerce une tutelle financière.

La convention tripartite

Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 (financement sécurité sociale)

La convention pluriannuelle vise à transformer l'établissement en E.H.P.A.D (Etablissement Hébergeant des Personne Agées Dépendantes) afin de mettre en oeuvre les moyens pour accueillir et accompagner les personnes en perte d'autonomie, si possible jusqu'en fin de vie.

Elle doit être signée par le représentant légal de l'établissement, le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

D'une durée de 5 ans, cette convention définit :

- ▶ Le fonctionnement de l'établissement au niveau financier,
- ▶ Les engagements qualité pris par l'établissement concernant l'accompagnement des personnes âgées et les soins dispensés,
- ▶ Les objectifs d'évolution de l'établissement.

La convention est établie à l'issue d'une démarche d'évaluation de la qualité de l'accueil en établissement, d'une réflexion sur le devenir de l'établissement et d'une évaluation des moyens nécessaires à la réalisation des améliorations souhaitées.

Le respect des droits des usagers

La nouvelle loi réaffirme les droits des usagers. Les droits sont l'ensemble des règles qui garantissent à l'utilisateur l'exercice de ses libertés fondamentales et qui lui permettent d'exiger l'efficacité de l'ensemble des droits. C'est également une opportunité pour les pouvoirs publics de changer le fonctionnement dans les institutions. En effet, le législateur a voulu au travers de la démarche qualité trouver une efficacité à la fois qualitative et quantitative.

a. La médiation

Entre outil et droit, la loi 2002-2 institue une nouvelle forme de médiation propre à l'action sociale et médico-sociale. Le législateur tend même à spécialiser la fonction de médiation, puisque l'utilisateur peut choisir parmi une liste de personnes qualifiées.

Ainsi, une instance d'aide est mise au service de l'utilisateur pour faire valoir ses droits sans attribuer à la personne qualifiée un quelconque pouvoir de contrainte. En fait, ce médiateur a pour rôle de d'entendre les parties et de leur proposer une solution qui réglerait leur différend. Dès lors, côté résidents, cette médiation constitue un outil d'expression et un moyen de faire valoir leurs droits que les projets de vie peuvent intégrer.

b. Le conseil de la vie sociale

Cette nouvelle instance qui se substitue au conseil d'établissement doit permettre d'associer les usagers et plus largement les autres acteurs directs (familles, personnels...) au fonctionnement de l'établissement. Elle fait donc partie des outils d'expression des résidents puisqu'il est notamment obligatoire de les associer à l'élaboration du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement.

Le Conseil de la vie sociale se présente aussi comme une instance consultative de propositions relatives au fonctionnement et à l'organisation de la vie quotidienne de l'établissement.

La loi du 2 janvier 2002 a permis au Conseil de la Vie Sociale de se pencher sur des questions renvoyant aux outils et aux droits :

- ▶ Le livret d'accueil
- ▶ Les conditions d'application de l'exercice des droits et libertés et celles de la charte
- ▶ Les conditions du respect du droit à une vie familiale
- ▶ Les modalités d'organisation et les résultats des enquêtes de satisfaction des usagers

c. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement est défini dans l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002. Il fixe les objectifs d'orientation, de transformation ou d'amélioration de toutes les composantes de l'établissement.

Le projet d'établissement doit définir :

- ▶ Les missions de l'établissement
- ▶ Les valeurs qui la sous-tendent
- ▶ Les objectifs stratégiques et politiques

- ▶ L'historique et le fonctionnement actuel de l'établissement
- ▶ Les objectifs en terme de :
 - Architecture (projet architectural)
 - Conditions de vie pour les résidents (projet de vie et projet de soins)
 - Gestion des ressources humaines (projet social)
 - Partenariat (projet de coopération)
- ▶ La prévision temporelle et budgétaire de ces objectifs

d. La charte

La charte nationale des droits et libertés de la personne accueillie prévue par la loi 2002-02 a pour but de fixer un ensemble de valeurs et de principes éthiques, déontologiques, afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale, aux garanties de bon fonctionnement statutaire des institutions.

La loi précise que le respect de la charte doit passer par un engagement écrit et s'impose à ses signataires et aux adhérents des signataires. Cette charte va s'imposer comme engagement moral pour l'établissement.

e. Le livret d'accueil

Dans le souci de respecter le droit fondamental d'information de l'utilisateur, la loi 2002-2 en son article 8 a prévu que la charte des droits et des libertés de l'utilisateur et le règlement de fonctionnement soient annexés au livret d'accueil. Ces outils paraissent essentiels à l'éclairage de la personne accueillie sur l'accompagnement qui lui est proposé, afin qu'elle puisse décider de son consentement.

Le livret d'accueil présente l'établissement, ses services et l'accompagnement proposé au sein de l'établissement. La circulaire DGAS/SD n°2004-138 du 24 mars 2004 ne prévoit aucun élément obligatoire mais présente, à titre indicatif, des renseignements qui peuvent y figurer.

Outil à caractère informatif, le livret d'accueil est un document de communication nécessaire à la présentation de l'institution.

f. Le règlement de fonctionnement

Cette nouvelle appellation du règlement intérieur trouve déjà son explication dans la possible confusion avec d'autres règlements qui ont également une existence juridique. La loi en son article 11 lui assigne de définir « les droits de la personne accueillie et les obligations de devoir nécessaires au respect des règles de la vie collective au sein de l'établissement ». Le règlement de fonctionnement a donc pour rôle de rappeler les impératifs de la vie en collectivité, en s'appuyant complémentairement sur les droits et libertés et sur les contraintes réglementaires, organisationnelles et humaines. Le règlement engage les différents acteurs impliqués dans la vie d'une institution

à respecter ces droits, ces libertés et à prendre en compte ces contraintes par le biais de la communication et de la signature du contrat de séjour qui en fait mention.

La rédaction du règlement de fonctionnement à laquelle doit s'associer le conseil de la vie sociale est l'expression du projet de vie et s'inspire des valeurs de la charte et du livret d'accueil.

3. La professionnalisation des agents

Si l'obligation de professionnalisation n'est pas clairement inscrite dans le Code de l'Action Sociale et des Familles, elle va dans le sens de l'obligation de qualité recherchée par les pouvoirs publics. Ainsi, un plan de formation est demandé en annexe des demandes d'autorisation.

« Il faut former les personnes à la connaissance de la personne âgée, à la manière de rentrer dans son intimité et son espace de vie. L'ANESM a mis en place des recommandations de bonnes pratiques que l'équipe doit s'approprier au quotidien. Le plan de formation sera de toute façon en accord avec le projet d'établissement et servira à atteindre les objectifs fixés. » (D.D.A.S.S. 22, lors de la réunion de la Commission du 11 mars 2009)

Dans le cadre du plan Alzheimer et de la politique de « bientraitance » les autorités de tutelle préconisent la mise en place de formations pour développer la connaissance de la personne âgée et les pathologies du grand âge.

« Lors de l'année 2008, 950 ETP ont été créés à l'intérieur des E.H.P.A.D. du territoire, le problème ne viendrait donc pas uniquement du manque de moyens. Il existe encore des marges de progrès au niveau du projet de vie, du projet de soins ou encore en terme d'organisation. C'est pourquoi, le Conseil général vient en soutien des équipes de direction pour mettre en place des actions de formation et trouver une organisation adaptée à un E.H.P.A.D. » (Conseil général 22, lors de la réunion de la Commission du 11 mars 2009)

4. La prise en charge individuelle

La loi du 2 janvier 2002 oblige les établissements à rédiger un contrat de séjour et fait obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement mais n'en détaille pas le contenu précis.

La loi fait des liens entre le projet d'accueil et d'accompagnement et le contrat de séjour :

- ▶ Le contrat de séjour conclu entre l'établissement et la personne définit les objectifs de la prise en charge, les prestations offertes ainsi que les conditions de participation financière du bénéficiaire
- ▶ Un avenant doit préciser, dans un délai de 6 mois suivant l'admission, les objectifs et les prestations adaptées à la personne. Il est à réactualiser annuellement.

Le contrat de séjour : outil de l'individualisation de la prise en charge

Il s'agit d'un document écrit supposant la participation de l'utilisateur comme « acteur de son histoire ». Le contrat de séjour situe les places respectives de l'utilisateur, de sa famille et de l'établissement.

Ce contrat définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que le coût prévisionnel.

Il est établi lors de l'admission et remis à chaque personne, et le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'admission. Il doit être signé dans le mois qui suit l'admission.

Lorsque le séjour est inférieur à deux mois, il s'agit d'un document de prise en charge et non d'un contrat de séjour.

La démarche du projet individualisé

La démarche de construction du projet personnalisé dans les E.H.P.A.D. passe par l'individualisation du soin notamment avec la mise en place du dossier de soin, les transmissions ciblées et les logiciels comme Médicor. Mais le projet personnalisé ne se limite pas à l'individualisation du soin. En effet, il s'agit pour l'équipe de maintenir au maximum l'autonomie de la personne. Pour y arriver, la structure doit s'adapter aux besoins des résidents et non l'inverse. L'ANESM a sorti en 2008, des recommandations sur « les attentes de la personne et le projet personnalisé ».

La loi du 2 janvier 2002 ne précise pas si la formalisation du projet doit être écrite. Seuls les objectifs et les prestations adaptées à la personne figurent obligatoirement dans le contrat de séjour. Cependant, l'ANESM recommande aux professionnels de « *veiller à ce que le projet personnalisé soit rédigé, en conservant des traces des différentes phases de la co-construction. Le document mentionne ainsi, au fur et à mesure des phases de la démarche, les éléments principaux permettant le suivi de la progression du projet. La contribution des différentes parties prenantes apparaît clairement différenciée.* »

5. L'évaluation des prestations offertes

Suite à la démarche qualité exigée par la signature de la convention tripartite, le législateur a imaginé les concepts d'évaluation interne et externe qui permettent de réajuster en permanence les prestations proposées par l'établissement pour adapter la prise en charge aux attentes des usagers ainsi qu'aux exigences légales.

« La loi a également mis en place l'évaluation interne et externe pour permettre non seulement la constitution de plans d'actions pluriannuels mais aussi l'harmonisation des pratiques professionnelles. L'évaluation permet d'obtenir une vision commune sur les objectifs de développement à venir pour l'établissement. » (Conseil général 22 lors de la réunion de la Commission du 11 mars 2009)

L'évaluation externe

L'article L. 321-8 du CASF

Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le principe de l'évaluation externe est prévu dans l'article L. 312-8 du CASF : « Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par Décret. La liste de ces organismes est établie par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux. »

Ainsi :

- ▶ L'évaluation externe est obligatoire,
- ▶ L'évaluation externe ne peut se faire que par des organismes habilités,

L'évaluation interne

L'article L. 321-8 du CASF

Le « guide de l'évaluation interne », Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, septembre 2006, cf. www.anesm.sante.gouv.fr

L'art. L. 312-8 prévoit que « les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment des procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Sociaux et Médico-sociaux. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. »

6. Le rôle des autorités de tutelle

Les autorités de tutelle ont un rôle de financeur et d'organisation du secteur médico-social.

Les missions

a. La D.D.A.S.S.

La D.D.A.S.S. exerce ses attributions et ses missions sous l'autorité du Préfet du Département d'une part, et sous l'autorité du Directeur de l'A.R.H. (Agence Régionale de l'Hospitalisation) d'autre part.

La D.D.A.S.S. est responsable, dans le département, des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales arrêtées par les pouvoirs publics. Ses axes d'action se situent autour de trois pôles :

- ▶ Les interventions d'aide et d'action sociales,
- ▶ L'action sanitaire,
- ▶ Le contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux.

La D.D.A.S.S. est chargé de mettre en œuvre le programme annuel d'inspection et de contrôle sur le Département. Ce programme prévoit des visites spontanées pour contrôler l'organisation et le fonctionnement des E.H.P.A.D. « *Dans les faits, le nombre de visites est restreint pour les services d'inspection de la DDASS. C'est pourquoi, les agents agissent par priorité.* » (DDASS 22 lors de la réunion du 11 mars 2009)

Suite à la visite dans l'établissement, la DDASS remet un rapport d'inspection qui met en avant les normes qui ne sont pas respectées. Là, se situe la différence entre contrôle et évaluation.

L'article L313-13 précise que « dès que sont constatés dans l'établissement ou le service des infractions aux lois et règlements ou des dysfonctionnements dans la gestion ou l'organisation susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers ou le respect de leurs droits, l'autorité qui a délivré l'autorisation adresse au gestionnaire de l'établissement ou du service une injonction d'y remédier, dans un délai qu'elle fixe. »

b. Le Conseil général

Les missions du Conseil Général touchent à l'action sociale, à l'enseignement, aux infrastructures de communication, au développement économique, à l'environnement, à la culture ou encore au sport.

Le Département est l'acteur central en matière d'aide et d'action sociale depuis les lois successives de décentralisation.

S'agissant de la politique sociale de soutien aux personnes âgées, il intervient :

- ▶ Dans la négociation et la signature de la convention tripartite attribuant l'habilitation E.H.P.A.D, en tant qu'organe de tutelle,
- ▶ Dans l'instruction et l'attribution des demandes d'APA et d'aide sociale légale,
- ▶ Dans l'instruction et la délivrance des autorisations liées à la création, la transformation ou l'extension des établissements.

c. Côtes d'Armor Habitat

La vocation de CAH consiste à mettre des logements à prix accessible à la disposition des familles, des personnes âgées et des jeunes.

Dans le département des Côtes d'Armor, l'office HLM est propriétaire de la plupart des établissements publics accueillant des personnes âgées. Il reste donc un partenaire très sollicité par les responsables de ces structures.

La mise en œuvre de l'autorisation

Pour l'ouverture d'une structure, son extension ou sa transformation, l'établissement doit suivre une procédure de demande d'autorisation. La demande est présentée par la personne physique ou morale responsable du projet.

L'examen de ces demandes se fait à des périodes déterminées ouvertes par catégories d'établissement entre une fois et trois fois dans l'année pour une période au moins égale à 2 mois, il s'agit du système des « *fenêtres d'examen* ».

La procédure d'autorisation nécessite la consultation préalable du CROSMS (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Médico-sociale) pour tous les projets de création ainsi que pour les projets d'extension et de transformation portant sur une capacité supérieure à 30% de la capacité initialement autorisée et à plus de 15 lits.

Le Président du Conseil Général est compétent pour les autorisations concernant les établissements et services et pour certains établissements et services dont les prestations peuvent être prises en charge par l'aide sociale. Le préfet du Département est compétent pour les établissements et services fournissant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie ou l'Etat. La compétence partagée et délivrance conjointe de l'autorisation pour les établissements et services dont les prestations sont susceptibles d'être dispensées pour partie par les organismes de sécurité sociale et pour partie par le département.

L'autorisation est attribuée pour 15 ans mais devient caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de 3 ans à compter de sa date de notification.

Le dossier C.R.O.S.M.S. est amené à disparaître après le 31 décembre 2009. En effet, suite à la réforme « Santé, hôpital et territoire » de Roselyne BACHELOT, le promoteur devra déposer son dossier d'appel à projet devant des commissions spécialisées rattachées aux Agences Régionales de Santé. Ces agences seront composées d'institutionnels du secteur sanitaire, social et médico-social : DRASS, DDASS, Agence régionale de l'Hospitalisation, les Conseils généraux et les collectivités locales.

LE BUDGET DES E.H.P.A.D.

1. La tarification

A l'issue d'une très large concertation, les fondements et les mécanismes de cette réforme de tarification ont été définis en 1999 (décrets n°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999) puis par le Décret du 4 mai 2001. Dans le même temps était lancée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001.

La réforme tarifaire

a. La tarification binaire

La section d'hébergement couvrait dans la tarification binaire les frais d'hôtellerie concernant « le gîte et le couvert » des résidents en établissement.

Les soins techniques et de base étaient pris en charge par la section soins (le forfait de soins couvrant les sections médicales et USLD) et le restant par les remboursements de sécurité sociale et d'assurance maladie. De fait, les dépenses d'aide et d'accompagnement liées à la dépendance étaient pour partie affectées au budget soins.

b. Une réforme nécessaire

La section hébergement était devenue la variable d'ajustement des forfaits soins. Dans certains cas des postes d'aides soignants restaient financés sur la section hébergement. Ces incohérences, en parallèle avec la progression constante de la dépendance, ont entraîné la prise en charge induite des frais liés à la perte d'autonomie des résidents par les sections hébergement et de soins (surcoûts des frais de lingerie, de ménage, et surcroît de travail pour les personnels). De plus, la mutualisation du financement de la dépendance entre tous les résidents était de fait supportée par les moins dépendants, qui étaient facturés au même tarif que les autres personnes hébergées.

En définitive, soit les établissements non médicalisés ont fait appel au secteur libéral, ce qui a créé une surabondance du soin non maîtrisée ou soit à l'inverse les établissements se sont médicalisés avec des dotations très différentes fondées uniquement sur la catégorie juridique de l'établissement comme les USLD (Unité de Soins de Longue Durée).

c. Les nouveaux principes

Aujourd'hui, les E.H.P.A.D. doivent construire un budget comprenant une section soin, une section dépendance et une section hébergement. Ainsi, les affectations des recettes et des dépenses doivent être attribuées à l'une de ces sections :

- ▶ Les dépenses liées à l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, l'entretien et l'animation de la vie sociale sont affectées à la section hébergement et prises en charge par le résident (tarif hébergement).
- ▶ Les dépenses liées aux soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de la vie sont affectées à la section soins et prises en charge par la D.D.A.S.S.
- ▶ Les dépenses liées à la dépendance et au maintien de l'autonomie sont affectées à la section dépendance et prises en charge par le Conseil Général (via l'A.P.A.) et par le résident, via le talon dépendance (tarif dépendance).

L'affectation de ces dépenses est fixée par les textes et les différents tarifs sont déterminés par les autorités de tutelle, lors de la négociation budgétaire pour le conventionnement et pour une durée de 5 ans. Ainsi, les gestionnaires des E.H.P.A.D. disposent de peu de marge de manœuvre dans le montage de leur budget.

Cette négociation pour le conventionnement a permis une augmentation des moyens par les autorités de tutelle, mais aussi a nécessité une participation financière plus importante des résidents.

Aujourd'hui, l'impact de ces moyens supplémentaires est visible. En premier lieu, le budget de ces établissements est devenu largement supérieur à celui des C.C.A.S. et bien souvent, la masse salariale de ces structures dépasse celle de la commune.

Ces moyens supplémentaires ont permis :

- ▶ De rénover ou agrandir 70 % des établissements du territoire
- ▶ D'intégrer du personnel nouveau
- ▶ De se doter de matériel adapté

Les règles comptables

L'exercice comptable s'étend sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre sauf en cas de création d'établissement ou de cessation définitive d'activité.

a. Objet de la comptabilité

L'organisation de la comptabilité permet de :

- ▶ Décrire et contrôler les opérations
- ▶ Informer les autorités chargées de la gestion ou du contrôle des établissements
- ▶ Connaître et contrôler les opérations budgétaires et les opérations de trésorerie

- ▶ Apprécier la situation du patrimoine
- ▶ Apprécier les opérations faites avec des tiers
- ▶ Déterminer les résultats
- ▶ Calculer les coûts des services rendus
- ▶ Faire une comparaison avec les autres établissements

b. Le budget

Il est l'acte par lequel sont prévus les charges et les produits annuels. Il permet de déterminer le ou les tarifs nécessaires à l'établissement pour remplir les missions qui lui sont imparties.

▶ La présentation du budget :

Le budget est présenté en 2 sections :

- Une section d'investissement
- Une section d'exploitation

La section d'exploitation comprend :

- Les charges de personnel
- Les charges de gestion courante
- Les dotations et amortissements
- Les produits de la tarification
- Les produits de services rendus
- Les subventions liées à l'exploitation
- Les reprises sur provisions

La section d'investissement comprend :

- Le remboursement du capital des emprunts
- L'acquisition des biens immobiliers
- Les frais d'étude dans le cadre d'une création
- Les reprises sur provisions
- Les charges à répartir sur plusieurs exercices
- Le résultat de la section d'investissement
- L'ensemble des charges liées à l'investissement
- Les subventions d'équipement
- Les amortissements

► Les propositions budgétaires

Le contenu :

- Les propositions budgétaires doivent être en équilibre et évaluées de façon sincère.
- Les propositions de dépenses et de recettes doivent distinguer :
 - Les montants relatifs à la poursuite de l'activité dans les conditions résultant du budget exécutoire de l'année précédente
 - Les mesures nouvelles portant majoration ou minoration des prévisions de dépenses et de recettes

Les documents à joindre en annexe aux propositions :

- Un rapport budgétaire : budget prévisionnel
- Le classement des personnes accueillies par GIR
- Le tableau des effectifs du personnel par grade ou qualification
- Le résultat de l'exercice précédent
- Indicateurs de l'établissement (taille, nombre de journées prévisionnelles...)
- Le tableau prévisionnel de remboursement des emprunts
- Les projets d'investissement du futur exercice
- Les plans de financement pluriannuels des projets en cours et futurs

La transmission des propositions :

Elles sont transmises à l'autorité de tarification par une personne ayant la qualité de représentant de l'établissement au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède celle à laquelle elles se rapportent.

L'autorité compétente est soit :

- Le préfet pour les établissements financés par l'Etat ou l'assurance maladie
- Le conseil général pour les établissements financés par l'aide sociale
- Le préfet et le Conseil Général en cas de tarification conjointe

L'autorité a 1 mois, à compter de la réception des documents budgétaires, pour faire connaître son avis. Elle peut effectuer des contrôles afin de vérifier l'exactitude des propositions. Elle doit faire connaître les modifications qu'elle propose sur les recettes, les dépenses et l'affectation du résultat. Ces modifications doivent être motivées. L'établissement dispose d'1 mois, à compter de la réception de la procédure contradictoire, pour faire parvenir ses observations.

c. La détermination du prix de journée

L'autorité fixe le prix de journée de l'établissement (un arrêté est ensuite transmis à l'établissement) et rend publique l'ensemble des tarifs des établissements sous sa compétence.

Ce prix de journée est facturé mensuellement à terme échu.

Les décisions budgétaires modificatives, dont le financement suppose une révision du prix de journée, sont soumises à l'autorisation de l'autorité de tarification.

En lien avec le rôle social des établissements hébergeant des personnes âgées, il semble souhaitable que le prix de journée ne revête pas un caractère dissuasif ; les aides sociales doivent permettre l'entrée en établissement.

Les décisions modificatives ne se justifient qu'en cas de :

- Modifications importantes et imprévisibles des conditions économiques de nature à provoquer un accroissement des charges
- Modifications importantes du profil des personnes accueillies
- Modifications imprévisibles de l'activité

d. Le compte administratif

Il comporte :

- ▶ Le résultat final
- ▶ L'état des dépenses de personnel,
- ▶ La réalisation de la section d'investissement,
- ▶ L'état du patrimoine

Il est transmis à l'autorité de tarification avant le 30 avril de l'année qui suit celle de l'exercice (hors établissements publics).

Il doit être accompagné du rapport d'activité (nombre de journées réalisées, entrées, sorties...) qui doit préciser, en cas de déficit, les mesures qui ont été mises en place pour parvenir à l'équilibre ou les raisons qui expliquent que ce résultat n'a pu être atteint.

e. La Dotation Globale de Fonctionnement

Elle concerne la dépendance et les soins.

Elle est égale à la différence entre les charges du budget après incorporation des résultats et les produits autres que ceux relatifs à ladite dotation. Elle est versée à l'établissement par douzième.

« *Le cadre comptable est une véritable jungle pour les directeurs d'E.H.P.A.D. :*

- ▶ *Un budget voté et transmis normalement pour le 30 octobre aux organismes de tarification*
- ▶ *Une complexité dans la présentation : comptabilité M22, budget ternaire et cadre normalisé*
- ▶ *Une négociation figée par des taux directeurs incohérents*
- ▶ *Des décisions modificatives à la suite de cette négociation*
- ▶ *Comme les budgets sont extrêmement serrés et que les règles de comptabilité n'autorisent pas les dépassements de dépenses par chapitre, à nouveau des décisions modificatives avant la fin de l'exercice pour pouvoir régler les salaires des derniers mois*

► Les autorités de tarifications comparent et transmettent les tarifs des établissements, mais sans préciser les éléments pourtant essentiels, tel que les prestations rendues, le temps de travail dans la collectivité le nombre d'agents relevant du régime C.N.R.A.C.L.

Il semble indispensable et urgent de revoir les règles comptables d'un E.H.P.A.D. et d'arrêter un seul document de travail et de présentation. » (Groupement du Trégor Goëlo, lors de la réunion du 9 juin 2009)

2. La tutelle financière

La tutelle financière est exercée par le Conseil général et la DDASS. Le Conseil Général est chargé de fixer le tarif de l'hébergement et de fixer le GMP de l'établissement alors que la DDASS se charge de fixer le tarif du soin et l'enveloppe est acquittée par l'assurance maladie. Ainsi, les financements auront lieu en fonction de ce qui a été décidé lors de la négociation budgétaire. Les élus de la commission ont dès le départ mis l'accent sur la rigidité des financements.

La question a donc été posée aux autorités de tutelle :

« L'action sociale et médico-sociale est une compétence obligatoire du Conseil général. Il insiste sur le fait que les moyens financiers ne sont qu'une partie des problèmes rencontrés par les structures sociales et médico-sociales. La 1^{ère} génération de conventions devait être conclue rapidement et représentait une mise à niveau des établissements de nouvelles exigences. Ainsi, les premiers conventionnements étaient plus rigides que ceux qui sont négociés actuellement. Durant l'année 2008, des renégociations ont été possibles.

Le Conseil Général essaie d'obtenir une homogénéité sur le territoire en ce qui concerne la définition des tarifs. » (Conseil Général, le 11 mars 2009)

La convention deuxième génération devrait donc être plus souple que la première dans la renégociation budgétaire.

Selon les élus de la commission participant à la négociation budgétaire et les directeurs, celle-ci est en général, éprouvante et que les renégociations de leur GMP sont également difficiles.

Par ailleurs, les élus ne sont pas formés à la négociation et ne sentent pas légitimes à le faire. *« Il nous semble que les évolutions importantes de ces dernières années ont parfois été subies et pas toujours bien comprise par tous les membres des conseils d'administration. Pour les nouveaux élus, une formation serait sans doute bien utile. La présence d'un élu au cours de la négociation budgétaire est indispensable » (le Groupement du Trégor Goëlo, le 9 juin 2009)*

3. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

L'objectif premier de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 est de « dépenser mieux » selon l'expression de la secrétaire d'Etat Valérie LETARD. Ainsi, les mesures concernant les établissements et les services sociaux et

médico-sociaux visent-elles à attribuer les moyens en fonction du service rendu par les établissements et non des coûts antérieurs. Les E.H.P.A.D. sont particulièrement visés par la loi avec :

- ▶ La mise en place d'une tarification à la ressource
- ▶ La suppression de l'opposabilité des conventions collectives
- ▶ La réintégration des médicaments dans le forfait « soins »
- ▶ Le renforcement du dispositif des tarifs plafonds

La circulaire du 6 août 2009 précise les conditions dans lesquelles les médicaments vont être réintégrés à titre expérimental, dans les dotations soins des établissements qui tentent l'expérimentation. Les établissements qui souhaitent être terrain d'expérimentation ont jusqu'au 15 septembre 2009 pour envoyer leurs candidatures.

Les mesures spécifiques aux E.H.P.A.D.

Elles visent à améliorer l'efficacité de la dépense en E.H.P.A.D.

a. La mise en place d'une tarification à la ressource

A partir du 1^{er} janvier 2010, les structures seront financées par un forfait global relatif aux soins, un forfait relatif à la dépendance et des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement.

- ▶ Le forfait global « soins » : la tarification à la ressource se traduit par la mise en place d'un forfait global relatif aux soins qui prendra en compte :
 - Le niveau de dépendance moyen (GMP de l'établissement)
 - Les besoins en soins médico-techniques

Ce forfait « soins » sera déterminé par arrêté de l'autorité compétente de l'Etat en application d'un barème et de règles de calcul fixées par arrêtés ministériels dans le cadre des tarifs plafonds.

- ▶ Le forfait global « dépendance » : le forfait global relatif à la dépendance prendra en compte le niveau de dépendance moyen des résidents. Il sera fixé par un arrêté du président du Conseil général et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

- ▶ Les tarifs journaliers « hébergement » : ils seront fixés par le président du Conseil général et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Les prix des prestations relatives à l'hébergement resteront librement fixés par voie contractuelle et soumis à un arrêté fixant leur taux de revalorisation maximal chaque année dans les établissements pour personnes âgées (Article L 314-2, al 5 du CASF). Deux catégories d'établissements se distingueront :

- Ceux non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale

- Ceux habilités au titre de l'aide sociale, à leur demande, à condition qu'ils aient recueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale sur les trois derniers exercices précédant la demande

b. Les mesures relatives aux médicaments

► **L'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le tarif « soins »** : le texte retient le principe d'une expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins. Elle s'effectue sur la « base du volontariat des établissements ». Les expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge doivent donc être menées entre le 1^{er} janvier 2009 et le 1^{er} janvier 2011 dans les E.H.P.A.D. qui ne disposent pas d'une pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membre d'une coopération sanitaire.

- Au titre de ces expérimentations, les tarifs de soins peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la listes des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ;
- L'administration a précisé que l'expérimentation se déroulera en trois étapes :
 - La détermination du montant du forfait « médicaments » à ajouter aux dotations soins des établissements volontaires pour l'expérimentation et à répertorier les établissements expérimentateurs
 - La gestion des médicaments dans le budget des établissements où l'expérimentation durerait une année de juin 2009 à juin 2010.
 - La rédaction du rapport d'évaluation

En fonction de ce bilan, et au plus tard le 1^{er} janvier 2011, dans les EHPAD et dans les USLD, les dotations soins comprendront l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursés aux assurés sociaux. Elles comprendront également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux à usage individuel des produits de santé autres que les médicaments visés ci-dessus.

► **L'exclusion des médicaments les plus coûteux du forfait de soins** : la loi prévoit une liste de médicaments qui seront pris en charge par l'assurance maladie (en plus de ceux intégrés dans les forfaits de soins). Cette liste sera fixée par arrêté. Ces médicaments seront pris en charge dans les conditions de droit commun.

► **La désignation d'un pharmacien référent** : la loi prévoit que la ou les conventions doivent désigner un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Le pharmacien référent a pour mission de concourir à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il doit également

collaborer avec les médecins traitants, à l'élaboration par le médecin coordonnateur de l'établissement de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique.

► **L'extension des missions du médecin coordonnateur** : il est ainsi chargé de contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions. A cette fin, il doit élaborer une liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien référent.

La mise en œuvre des « tarifs plafonds »

Les modalités de mise en œuvre ont été précisées dans la circulaire du 13 février 2009. La tarification plafonds doit permettre d'attribuer les financements de l'assurance maladie de façon plus équitable en engageant une dynamique de convergence tarifaire dans les établissements pour personnes âgées.

Cette mesure obéit à trois principes directeurs :

- L'intégration des dispositifs médicaux en année pleine
- Une revalorisation limitée de 0,5% des budgets pour les établissements en dépassement en 2009
- Une convergence tarifaire de 2010 à 2016 ramenant tous les tarifs en dépassement aux tarifs plafonds à l'issue de la période.

- Les pistes de travail -

1. La modification de la procédure de révision de la convention tripartite :

Pour permettre de :

- Assurer la continuité du projet d'accompagnement
- Disposer des moyens adaptés à l'évolution de l'état de santé des résidents

2. L'amélioration de la connaissance des élus en matière budgétaire :

Pour permettre de :

- Impliquer l'élu dans la gestion de l'E.H.P.A.D.
- Négocier son budget de manière efficace
- Aider le directeur à monter son budget en fonction du projet politique en matière d'hébergement pour personnes âgées.

Vigilances :

- Les révisions doivent se faire dans le sens de la démarche qualité
- Les objectifs du projet d'établissement ne devront pas être mis de côté

LE CHOIX DE LA STRUCTURE GESTIONNAIRE

Avec le passage en E.H.P.A.D. les élus de la commission se sont posés la question de savoir quelle était la meilleure façon de gérer leur établissement. : sont-ils obligés de créer un établissement public administratif autonome ? Peuvent-ils le gérer par un S.I.V.U ? Est-ce que le transférer au secteur privé peut être une solution ?

« La difficulté que peuvent rencontrer aujourd'hui les collectivités, est que la classification des E.H.P.A.D. en établissement social et médico-social tend à faire de ceux-ci des structures parfaitement autonomes des politiques publiques locales en faveur des personnes âgées, où les contraintes comptables et réglementaires lourdes peuvent parfois prendre le pas sur le projet d'établissement lui-même alors que la finalité même de ce type d'équipement public, essentiellement en zone rurale, reste malgré tout la qualité du service proposé à la population. Cette évolution législative qui restreint le champ du service public local est une évolution récente majeure par rapport à la situation antérieure des foyers logements » (Conseil juridique, note du 14 novembre au directeur général du CDG 22)

Les communes n'ont pas réagi de façon identique sur le Département.

1. La gestion d'un E.H.P.A.D. par un établissement public

Le S.I.V.U.

Le Conseil juridique du CDG 22 a été interpellé durant l'année par les élus d'un S.I.V.U. du département. En effet, ils avaient reçu un courrier dans lequel la sous-préfecture faisait état de l'impossibilité pour un S.I.V.U. de gérer un E.H.P.A.D. sous la forme d'un service non personnalisé.

Le conseil juridique donnait deux explications à cette réponse préfectorale :

- ▶ Le SIVU n'est pas inscrit dans le Code de l'Action Sociale et des Familles comme pouvant gérer un service non personnalisé, il doit alors créer un établissement public autonome ;
- ▶ Lors de la création du S.I.V.U., les élus du Comité syndical perçoivent des indemnités ;

Si les élus cherchent une structure pour gérer un E.H.P.A.D. territorial, la préfecture du département favorise donc la création des C.I.A.S. ou C.C.A.S.

L'obligation de démarche qualité pour les C.C.A.S. et C.I.A.S.

Le conseil d'administration du C.C.A.S. ou C.I.A.S. est celui de l'E.H.P.A.D. Il prend des décisions concernant la gestion de l'E.H.P.A.D. sur des questions pointues. Elles nécessitent des compétences et des connaissances notamment dans le domaine juridique. Par conséquent, la transformation en E.H.P.A.D. a également créé des besoins de professionnalisation à l'intérieur des structures gestionnaires.

Dans tous les cas, les C.C.A.S. ou C.I.A.S. sont soumis au Code de l'action sociale et des familles en tant qu'établissement médico-social et donc aux mêmes exigences qualitatives.

La gestion territoriale ne pourra faire valoir son rôle en tant qu'acteur médico-social que s'il développe une approche qualitative en interne.

2. La gestion d'un E.H.P.A.D. en établissement public autonome

Selon le Code de l'Action Sociale et des Familles, un E.H.P.A.D. peut être géré par un C.C.A.S. sous la forme d'un service non personnalisé. Ainsi, un C.C.A.S. n'est pas dans l'obligation de créer un établissement public autonome pour gérer ce type d'établissement au même titre que les foyers logements.

Cependant, le régime juridique spécifique associé au passage en E.H.P.A.D. marque une distinction par rapport à d'autres structures.

« L'instruction comptable qui s'applique aux E.H.P.A.D. est formellement différente de celle qui s'applique aux CCAS et CIAS (comptabilité M 14) : cette différence consacre en pratique l'individualisation des E.H.P.A.D. par rapport à leurs structures de rattachement. » (Conseil juridique CDG 22 lors de la réunion du 17 février 2002)

L'élu doit décider du degré de rattachement entre la structure gestionnaire et l'E.H.P.A.D. Pour donner une autonomie plus conséquente à l'établissement, le C.C.A.S. a la possibilité de passer par une **procédure de création d'établissement médico-social doté de la personnalité juridique** après avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale. Dans ce cas, l'E.H.P.A.D. endosse le **statut d'établissement public territorial ou de santé et à ce titre, peut bénéficier de son propre Conseil d'Administration**. En effet, le CASF prévoit des dispositions particulières (art. L 315-9 et suivants) pour les établissements médico-sociaux dotés de la personnalité juridique.

La gestion d'un E.H.P.A.D. en établissement public autonome a plusieurs conséquences :

- ▶ Le personnel reste sous contrat de droit public mais se pose la question de leur appartenance à la fonction publique territoriale ou pas, un choix est à opérer à ce niveau là.
- ▶ L'E.H.P.A.D. aura son propre conseil d'administration. Le président de ce conseil est automatiquement présidé par l'autorité territoriale de rattachement.

- ▶ Le directeur devient l'ordonnateur et est nommé par le ministère de la santé. L'élu pourra donner son avis suite à cette nomination.
- ▶ Le CAFDES serait obligatoire pour les directeurs
- ▶ La gestion des postes se ferait au niveau national

« En dehors du fait que les membres du C.C.A.S. peuvent faire partie du Conseil d'administration de l'établissement, la création d'un établissement public pour la gestion d'un E.H.P.A.D. écarte le C.C.A.S. de sa gestion. L'autonomie d'un établissement public place le directeur en « chef d'entreprise » au même titre qu'un directeur d'établissement de santé. » (Conseil juridique lors de la réunion du 17 février 2009)

La loi du 2 janvier 2002 avait pour objectif d'harmoniser le secteur public et privé en définissant un cadre qui soit national. Ainsi, il semblerait que les services déconcentrés soient plutôt en faveur d'une autonomie des E.H.P.A.D publics.

3. Le transfert d'un E.H.P.A.D. à un organisme privé

Au niveau national, les maisons de retraite privées se sont largement développées ces dix dernières années, profitant du retrait du secteur public. En novembre 2008, 70% des créations de places viennent du secteur privé. De fait, l'émergence des établissements d'hébergement pour personnes âgées à but lucratif, sortis en plus grand nombre que les établissements publics dans les années récentes, coïncide avec l'émergence des nouvelles normes. Ainsi, en comparaison avec le secteur public mis en demeure de réhabiliter leur patrimoine et n'ayant pas la connaissance de l'environnement médico-social, leur fonctionnement est immédiatement opérationnel et en adéquation avec les normes exigées.

Certaines collectivités ont fait le choix de transférer leurs établissements au secteur privé parce qu'ils ne sentaient pas capable d'assurer la rénovation et l'adaptation du foyer logement à l'accueil de la dépendance. *« Nous n'avions pas le choix (...) Cela ne rentrait pas dans notre corps de métier. »* explique le maire de Pons dans la revue Maire de France de mars 2009.

Cependant, les transferts posent la question du statut du personnel et du tarif pour les résidents. En ce qui concerne le statut du personnel, le Conseil Juridique du CDG 22 a eu à traiter d'une question de transfert d'un E.H.P.A.D. géré par un C.C.A.S vers une association. Le personnel a été mis à disposition du gestionnaire à but non lucratif. En effet, il est difficile pour le CCAS de se séparer de ses agents. En ce qui concerne la différence de prix entre le secteur privé et le secteur public, elle s'explique par l'habilitation à l'aide sociale de la structure. En effet, les établissements à but lucratif sont très peu à demander l'habilitation.

« De fait, la transformation en E.H.P.A.D des foyers logements a eu pour conséquence de faire d'un service public purement local un service public médico-social aux contraintes larges, proche du fonctionnement des établissements hospitaliers.

Dans ce contexte, pour éviter le risque d'une privatisation massive de la gestion des personnes âgées, il importerait que les collectivités locales mettent au point des modalités de mise en commun (...) en utilisant les outils à leur disposition. » (Conseil juridique, note du 14 novembre au directeur général du CDG 22)

- Les pistes de travail -

1. La définition du projet communal ou intercommunal en matière de prise en charge de la personne âgée :

Pour permettre de :

- ➔ Connaître les besoins du territoire concerné et l'offre médico-sociale existante
- ➔ Définir la politique médico-sociale de la commune ou communauté de communes pour répondre à ces besoins

2. La conduite d'une étude d'opportunité sur les modes de gestion choisis par les élus :

Pour permettre de :

- ➔ Identifier les avantages et inconvénients
- ➔ Choisir le mode de gestion qui soit le plus adapté à la finalité du projet politique

Vigilances :

- ➔ Le choix entre une gestion en service non personnalisé ou en établissement public autonome aura des conséquences sur l'organisation de la gouvernance de l'E.H.P.A.D.

3. L'intégration de la démarche qualité au sein des C.C.A.S. et C.I.A.S.

Pour permettre de :

- ➔ Devenir un acteur médico-social à part entière
- ➔ Apporter du soutien aux directeurs en poste
- ➔ Etre force de réflexion et de propositions quant à l'aménagement de l'offre sur le territoire de rattachement

L'ORGANISATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE DANS LES COTES D'ARMOR

LE DIAGNOSTIC DES BESOINS MEDICO-SOCIAUX SUR LE DEPARTEMENT

1. Le vieillissement de la population

Le vieillissement dans le département

Selon les prévisions de l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), le vieillissement de la population en France est inéluctable. Au 1^{er} janvier 2050, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus contre un sur cinq en 2005.

La Bretagne fait partie des régions particulièrement concernées par le vieillissement : alors qu'elle recensait 23 % de plus de 60 ans en 2005, elle en comptera 32 % dès 2030. Les Côtes d'Armor se caractérisent par un vieillissement encore plus précoce et marqué : elles compteront 37% de plus de 60 ans à l'horizon 2030 contre 27 % en 2005. La part des plus de 80 ans, quant à elle, augmentera de 50 % sur cette même période.

Ce vieillissement de la population âgée a un coût pour la collectivité. Au 30 septembre 2008, le Département des Côtes d'Armor a dépensé 109€ par habitant dans le cadre de sa politique en faveur des personnes âgées, soit 62 millions d'euros environ. 13 549 personnes relèvent aujourd'hui de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (voir p. 31), 6 138 dans le cadre d'un maintien à domicile et 7 411 dans le cadre d'un placement en établissement. Le département compte 80 services à la personne et 135 établissements d'accueil pour personnes âgées. Il dispose également de 9 Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC - voir p. 31).

Les « territoires du vieillissement »

Si le vieillissement de la population dans le département est incontestable, certaines inégalités persistent selon les Pays. Ainsi, ce sont les agglomérations et le littoral qui enregistrent les plus fortes progressions des effectifs des plus de 60 ans. Au regard de l'indice de vieillissement (nombre d'habitants de plus de 65 ans rapporté aux moins de 20 ans), les « territoires du vieillissement » concernent le littoral et les franges ouest et sud-est du département, les « territoires jeunes » correspondent aux agglomérations et aux axes les reliant. Ainsi, le schéma départemental doit prendre en compte les spécificités démographiques de chaque territoire afin d'obtenir une offre adaptée et coordonnée sur tout le département.

2. Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale

Le Conseil général a élaboré un schéma d'orientation médico-social en faveur des personnes âgées pour 2009-2013. Pilote de l'action sociale en faveur des personnes âgées, le Conseil général doit anticiper le vieillissement de la population et contribuer à l'amélioration de leur quotidien. Pour cela, il a l'obligation de définir un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, d'une durée de cinq ans, dont un volet est consacré à l'action en faveur des personnes âgées.

Cet outil de planification permet :

- ▶ D'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population
- ▶ De dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre médico-sociale existante
- ▶ De déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre de services
- ▶ De préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme concerné
- ▶ De définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Le schéma arrête des objectifs prioritaires, concrétisés par une programmation qui devra tenir compte des réalités économiques du département. Il est adopté par le Conseil général après concertation avec le préfet et avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS). Il s'agit d'un document opposable, notamment en matière de création d'établissements et de services.

3. Les outils et les moyens existants

Les structures d'hébergement

Le schéma de 2001 prévoyait la création de 400 nouvelles places d'hébergement, essentiellement par extension d'établissements existants. Jusqu'à son achèvement en 2006, seules 207 places ont été autorisées et financées, soit :

- ▶ 137 places d'hébergement permanent
- ▶ 20 places d'hébergement temporaire
- ▶ 50 places d'accueil de jour

Dans le cadre du schéma 2009-2013, 887 places ont déjà obtenu un avis favorable et sont en attente de financement.

- ▶ 851 d'entre elles ont obtenu un avis favorable du CROSMS :
 - 630 places d'hébergement permanent, 67 places d'hébergement temporaire et 31 places d'accueil de jour pour les EHPAD ;

- 121 places d'hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire dans les EHPA.
- ▶ 36 autres places ont obtenu un avis favorable de la DDASS et/ou du Conseil général, dans le cadre de petites extensions :
 - 34 places d'hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire en EHPAD

La majorité de ces places se situent dans le nord du département. Au 1^{er} juillet 2008, il existait dans les Côtes d'Armor 9 918 places en structures d'hébergement, soit 9 056 places en E.H.P.A.D (dont 157 en hébergement temporaire) et 862 places en E.H.P.A. Le département compte également 70 places d'accueil de jour.

Il existe donc 82 foyers logements, 47 maisons de retraite et 6 unités de soins de longue durée. **Dans ces 135 structures, 107 sont des E.H.P.A.D dont 58 sont gérés par des structures publiques. Il reste 15 établissements gérés par des C.C.A.S qui restent E.H.P.A.**

Les services d'aide à domicile

81 Services d'Aide à Domicile (S.A.A.D) bénéficiant de l'agrément qualité sont recensés à ce jour dans le département. 45 % d'entre eux sont publics, 53 % privés non lucratifs et 2 % privés lucratifs. Le nombre total de services est à la baisse en raison du regroupement des structures.

Parmi ces services, au 1^{er} juillet 2008, 50 sont autorisés par le Conseil général (15 sont publics et 35 associatifs). Par service autorisé, l'activité moyenne est de 41 747 heures et le tarif moyen de 18.97 € par heure d'intervention.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

La loi du 20 juillet 2001 prévoit que « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son état physique ou mental a droit à une Allocation Personnalisée d'Autonomie permettant un accompagnement adapté à ses besoins. »

Un classement en GIR 1 à 4 permet de recevoir l'A.P.A. Les personnes classées en GIR 4 représentent 58% des bénéficiaires de l'APA à domicile.

Depuis 2003, les dotations globales A.P.A versées par le Conseil Général aux établissements sont en augmentation de 35 %. Entre 2006 et 2007, ce montant a progressé de 6,37 % pour atteindre 22 millions d'euros.

L'accueil familial

En Côtes d'Armor, au 1^{er} décembre 2008, 183 familles d'accueil pour personnes âgées et pour personnes handicapées sont agréées par le Conseil général. 282 personnes sont accueillies dans le cadre de l'accueil familial dont 98 personnes âgées.

Les CLIC

A l'heure actuelle, 9 Centres Locaux d'Information et de Coordination ont été créés sur le département. 4 d'entre eux sont gérés par des associations et 5 autres par le Conseil général. Outil d'information et d'aide à la personne, le CLIC est un observatoire local qui permet de mieux cerner les besoins sur le terrain. Il permet également une approche globale de la vieillesse, car le CLIC est au cœur du réseau qui rassemble tous les acteurs : Conseil général, Assurance maladie, Caisses de retraite, comités d'entraide, Centres Communaux d'Action Sociale (C.C.A.S), prestataires de services, médecins, infirmiers, associations de personnes âgées...

Avec eux, ils coordonnent l'ensemble de l'action gérontologique.

4. Les besoins identifiés dans les 6 Pays du département

Pour réaliser le schéma d'orientation en faveur des personnes âgées, une réflexion a été menée à l'échelle des Pays dans un premier temps pour consulter les différents acteurs du domaine gérontologique, afin d'obtenir un aperçu complet de l'offre et des modes de coordination entre les différents acteurs. Cette réflexion porte sur le bilan du précédent schéma.

Grâce à ces échanges, 8 pistes de travail ont été identifiées :

- ▶ Adaptation de la prise en compte des besoins de la personne âgée, recherche d'alternatives (gérer l'urgence, réorganiser l'accueil dans les EHPAD, structurer l'aide à domicile...)
- ▶ Structuration, mutualisation, coordination, complémentarité, passerelle, innovation (réseau, circuits plus fluides, EHPAD, plate-forme, décloisonner sanitaire et social, sensibilisation et information des élus...)
- ▶ Lutte contre la maladie d'Alzheimer (prévention, accompagnement, formation spécifique du personnel, collecte de données pour favoriser l'anticipation...)
- ▶ Lutte contre l'isolement (développement des transports, des échanges intergénérationnels, du lien social...)
- ▶ Soutien aux aidants proches
- ▶ Renforcement de la citoyenneté de la personne âgée, qui reste actrice de sa vie (définition du projet de vie, amélioration de l'habitat, préparation de l'entrée en établissement...)
- ▶ Prévention en direction des personnes autonomes (préparation à la retraite...)
- ▶ Professionnalisation, formation, qualification et soutien du personnel.

Les établissements d'accueil pour personnes âgées sont allés très majoritairement vers la signature de la convention tripartite pour recevoir des personnes dépendantes. Les foyers logements passés à une tarification ternaire ont évolué dans leurs missions et sont désormais perçus comme des structures « d'accompagnement de fin de vie ». Ainsi, sur le territoire, les acteurs regrettent qu'il n'y ait pas plus de structures intermédiaires.

« Le passage en EHPAD aurait dû s'accompagner d'une construction neuve à côté des foyers logements pour conserver la structure intermédiaire entre le domicile et l'établissement médicalisé » (CFDT lors de la réunion du 12 mai 2005)

LES ORIENTATIONS CHOISIES PAR LES AUTORITES DE TUTELLE

Il s'agit d'identifier quelles sont les orientations des autorités de tutelle pour la structuration du territoire en terme d'offre médico-sociale.

1. Les orientations du Conseil général

Orientation 1 : Optimiser l'existant

« Le présent programme vise à renforcer et à améliorer l'existant. Pour ce faire, le travail de réseau, misant sur la complémentarité des acteurs, doit être envisagé comme une perspective d'avenir importante. Le cloisonnement reste préjudiciable à une approche coordonnée des besoins de la personne âgée. » (Schéma d'orientation en faveur des personnes âgées 2009-2013)

➔ **L'objectif est d'obtenir, sur chaque territoire une offre complète et coordonnée. Pour atteindre cet objectif, une part d'initiative est laissée aux territoires.**

a. Axe 1 : Etablissements et services médico-sociaux, spécialiser une filière médico-sociale qui mise sur l'accompagnement de la personne

Il s'agit de favoriser la complémentarité des secteurs sanitaire et médico-social, des structures entre elles, et du domicile. Cela conduira à une meilleure organisation et à une amélioration de l'accompagnement de la personne.

Les engagements du Conseil général :

- ▶ Poursuivre la structuration et la modernisation de l'aide à domicile (convention de qualification de l'aide à domicile et convention de modernisation et de structuration entre la C.N.S.A (Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie), la DDASS et le Conseil général).
- ▶ Adapter l'offre d'accueil (places permanentes, hébergement temporaire, accueil de jour...) aux besoins en tenant compte d'une harmonisation et de la couverture géographique au niveau départemental :
 - Tendre vers une harmonisation des taux d'équipements entre les 6 Pays.
 - En matière d'aide à domicile, les besoins en terme de création de places ne peuvent s'apprécier de la même manière dans la mesure où la couverture du territoire

départemental est déjà assurée et chaque service existant peut augmenter son activité pour répondre à la demande, notamment par le recrutement de nouveaux professionnels.

- Participer à l'adaptation du nombre de places de services de soins dont la compétence relève de la DDASS : le département présente des ratios élevés sur ce plan par rapport aux moyennes nationales et l'attribution des places nouvelles par l'Etat est de ce fait plus difficile.

- ▶ Poursuivre la rénovation et la mise aux normes des établissements
- ▶ Rédiger un référentiel relatif aux exigences du Conseil général en matière d'accompagnement de la personne âgée
- ▶ Généraliser le principe d'un dossier unique d'inscription pour simplifier les démarches des personnes et des familles
- ▶ Créer un dispositif départemental de gestion des listes d'attente
- ▶ Réfléchir à un support Internet favorisant les échanges entre le Conseil général et les partenaires

Les préconisations à l'initiative des territoires

- ▶ Poursuivre la promotion du service prestataire pour les personnes fragiles
- ▶ Poursuivre la formation du personnel
- ▶ Prioriser l'accueil des personnes en GIR 1 à 4 en E.H.P.A.D
- ▶ Permettre des solutions d'accueil intermédiaire pour les personnes non dépendantes
- ▶ Développer et organiser l'hébergement temporaire
- ▶ Expérimenter l'EHPAD comme plate-forme et la création de passerelles intégrant avec les S.A.A.D (Services d'Accompagnement et d'Aide à Domicile), l'information et l'accompagnement liés aux limites du maintien à domicile

b. Axe 2 : accueil de jour, faciliter l'implantation et l'accessibilité

L'accueil de jour constitue un moyen permettant aux aidants naturels de prendre du répit et une transition indispensable entre le domicile et l'établissement d'hébergement.

c. Axe 3 : familles d'accueil, améliorer la formation des accueillants et valoriser ce dispositif

Dans les limites d'une réglementation insatisfaisante, l'amélioration pourra porter sur la procédure d'agrément, sur la formation et sur le rôle de conseil technique que doit tenir le Conseil général.

Orientation 2 : Imaginer de nouvelles réponses

Face à de nouveaux besoins, il convient d'apporter des réponses adaptées en permettant notamment l'expérimentation et l'innovation. Pour cette orientation, l'engagement du Conseil général porte tout particulièrement sur la réalisation d'un programme départemental d'aide aux aidants et sur la création d'initiatives fédératrices entre le C.L.I.C et les partenaires institutionnels.

a. Axe 4 : Coordination et réseau

Il s'agit de conforter le rôle pivot des C.L.I.C en matière d'information. Ainsi, des points de permanence doivent être développés pour rapprocher l'information de l'utilisateur.

En matière de coordination individuelle et institutionnelle, les CLIC exercent désormais une compétence reconnue qui doit être confirmée. Enfin, en matière d'animation du réseau sur le territoire, ils sont le point commun entre tous les acteurs du territoire. Il leur appartient donc d'inciter les partenariats sur leur territoire de référence.

b. Axe 5 : Accueil et auxiliaire de nuit, favoriser l'alternative à l'établissement

Ce type de places répond à un besoin avéré au même titre que les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

c. Axe 6 : Renforcer le dispositif pour un meilleur accompagnement des personnes atteintes de dépendance psychique

L'augmentation considérable du nombre de personnes atteintes de dépendance psychique nécessite, outre l'augmentation de places d'accueil et la professionnalisation des services, un certain nombre d'actions spécifiques comme l'élaboration du recensement des personnes concernées par la maladie, un état des lieux des places, la multiplication des lieux de diagnostic précoce, le développement des structures et unités d'accueil spécifique...

Orientation 3 : favoriser une approche globale des besoins

« (...) Il importe d'appréhender la personne et son entourage dans leur globalité, dans une logique de bien-être, donc de prévention et la considérer comme citoyenne, actrice de sa vie. Il convient de faire évoluer également le regard de chacun sur la vieillesse.

Le sentiment d'isolement ressort très fort des différentes enquêtes (...). Cette problématique recouvre plusieurs aspects à développer : les transports, l'habitat, le lien intergénérationnel, le lien social et les actions de prévention contre le vieillissement et l'isolement. » (Extrait du schéma gérontologique 2009-2013).

2. Les orientations de la D.D.A.S.S

La D.D.A.S.S des Côtes d'Armor a pu constater lors de ses interventions que :

- ▶ Les directeurs ne sont pas formés à la gestion des E.H.P.A.D.
- ▶ Les bâtiments ne sont pas adaptés à la prise en charge de la dépendance, l'accueil des pathologies lourdes ou des personnes désorientées
- ▶ Les établissements travaillent majoritairement de manière isolée, sans coopérer avec d'autres structures.
- ▶ Le temps de la coordination et d'échanges entre les professionnels des structures est souvent absent de l'organisation de ces établissements
- ▶ La dépendance a évolué entre deux signatures de convention, les moyens sont alors inadaptés à la prise en charge des personnes accueillies

La D.D.A.S.S a pu évoquer devant la commission les éléments suivants:

- ▶ Les établissements vont être incités à passer une tarification globale au fur et à mesure des reconventionnements
- ▶ L'autonomie des établissements pourrait être une solution selon la DDASS pour régler les difficultés des E.H.P.A.D territoriaux

La création d'un établissement public autonome serait en adéquation avec la réglementation mise en place par la loi 2002-2. En effet, elle souhaitait harmoniser le mode de gestion privé et le mode de gestion public en mettant en œuvre un mode de management comparable aux établissements de santé.

- ▶ Les unités de vie et les unités dédiées aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer sont conseillées désormais aux établissements
- ▶ Les projets de création de structures d'accueil temporaire pour soulager les familles sont recherchés
- ▶ L'Etat cherche des solutions au niveau régional pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer
- ▶ Les actions de formation doivent être orientées vers l'accompagnement de fin de vie et le recueil de besoins des personnes âgées

La D.D.A.S.S constate le mal-être du personnel lors de ses inspections. Les intervenants ne peuvent pas généraliser ce constat car il est rare que la D.D.A.S.S intervienne quand l'établissement fonctionne bien. Le malaise vient, selon la D.D.A.S.S, du fait que lorsque les établissements fonctionnaient en tant que foyer logement, les critères de recrutement n'étaient pas basés sur le professionnalisme des agents mais plutôt sur leur situation sociale. « Les élus effectuaient des recrutements locaux. Par contre, dans les E.H.P.A.D, les nouveaux arrivants sont formés et la représentation de leur métier évolue, certains personnels peuvent alors se sentir dépassés. Les actions de formation sont alors nécessaires pour remettre à niveau l'ensemble des agents et que les pratiques soient harmonisées.

Le fonctionnement des EHPAD exige du professionnalisme dans chacune des missions assignées à la structure. » (La DDASS lors de la réunion du 11 mars 2009)

► Au niveau des Côtes d'Armor, la DDASS propose de mettre en place des réunions d'information sur la mécanique budgétaire en partenariat avec le CDG

► La mutualisation peut se faire par la mise en place de plateformes « action sociale » où les moyens seraient partagés entre les différents acteurs.

« La direction de l'établissement pourrait être mutualisée. Le directeur placé sur plusieurs établissements pourrait négocier son conventionnement pour les deux structures et interchangerait les moyens mis à sa disposition. Dans ce cas, le directeur pourrait également bénéficier d'un encadrement intermédiaire sur chaque établissement. Par contre, le directeur incarnerait chaque projet d'établissement lors des négociations budgétaires. La mise en place de plateformes « action sociale » regroupant les EHPAD, le SSIAD, etc. pourrait permettre au personnel de changer de structure selon les besoins et éviter l'usure professionnelle. Par contre cette solution demande que les agents aient le même statut. » (DDASS, lors de la réunion du 11 mars).

3. Les orientations de Côtes d'Armor Habitat

Pour ce qui y est des orientations de Côtes d'Armor Habitat sur la structuration du département en terme d'offre médico-sociale, il préconise le passage en E.H.P.A.D. des foyers logements avec, à côté de ces établissements, des logements adaptés pour les personnes âgées encore autonomes.

« Les élus auraient intérêt à se positionner massivement vers la transformation en E.H.P.A.D. Les personnes âgées encore autonomes aspirent à avoir une maison adaptée plutôt que d'aller en établissement. En 2005, CAH a construit des logements en centre bourg, de 45-50 m² de plain-pied. 120 projets de logements de ce type sont en cours. L'aménagement est pensé en concertation avec les élus de la commune. .C.A.H doit faire face à une augmentation des demandes orientées vers l'adaptation du logement, qui revient au même prix que celui du foyer logement. Il existe deux formules pour créer une prise en charge intermédiaire entre le domicile et l'établissement : soit l'EHPA(Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées), soit le logement adapté. » (Côtes d'Armor Habitat lors de l'audition du 14 avril 2004)

LES PISTES DE TRAVAIL

1. La mutualisation

La mutualisation semble être une piste pour l'ensemble des acteurs qui ont été auditionnés. Cette solution permet d'améliorer l'offre médico-sociale en s'appuyant sur l'existant, en misant sur le travail de réseau et la complémentarité des acteurs. Une mutualisation entre les structures permet d'accompagner la personne âgée tout au long de son parcours.

a. Le principe de mutualisation

La CFDT propose plusieurs pistes :

- ▶ La buanderie ou encore la cuisine pourraient être mutualisées
- ▶ Un « pool de remplacement » pourrait être mis en place entre plusieurs établissements
- ▶ Le directeur d'établissement pourrait gérer deux ou trois établissements
- ▶ La mutualisation peut se faire sur la gestion et le suivi des carrières

Lors de l'audition des organisations syndicales, des préconisations avaient été émises :

« Préconisation 1 : les services communs mis en place par le CDG dans la filière administrative peuvent servir de modèle. Le principe est que des services sont partagés entre plusieurs collectivités.

Préconisation 2 : une réflexion doit être menée sur la mutualisation de certaines fonctions.

Point de vigilance : les mutualisations doivent être pensées sur des zones géographiques cohérentes. Les communes doivent réfléchir ensemble et proposer des services médico-sociaux pensés à l'échelle d'un territoire pertinent géographiquement plutôt que chacun dans son coin. Ceci pour éviter que les mêmes services soient proposés dans des communes proches. » (CFDT, lors de la réunion du 12 mai 2009)

Les associations de directeurs d'établissements proposent également la mutualisation comme alternative :

- ▶ Mettre en place des plateaux techniques : *« Certaines fonctions pourraient être mutualisées comme la lingerie ou encore la cuisine [...], ce qui pourrait constituer une solution pour éviter notamment que le personnel de nuit fasse des tâches qui ne doivent pas rentrer dans leurs missions. » (FNADEPA, lors de la réunion du 11 mars 2009)*
- ▶ Mutualiser du personnel : *« La centralisation pourrait se faire au niveau du CDG. Les EHPAD pourraient effectivement avoir du personnel en commun. Certains postes pourraient effectivement être mutualisés comme le médecin coordonnateur et le psychologue de l'établissement » (Groupement du Trégor Goëlo, lors de la réunion du 11 mars 2009).*

b. La plateforme « action sociale »

Il s'agit des services médico-sociaux pour personnes âgées réunies au sein d'une même structure ou d'un même pôle. Grâce à cette plateforme, le personnel peut intervenir dans les différentes structures. Il est ainsi possible de pallier les difficultés de remplacement. La personne qui souhaite bénéficier des services d'aide à domicile peut prévoir son entrée en établissement et connaître une partie du personnel qui sera susceptible de revoir.

2. Le développement des structures intermédiaires

Les acteurs auditionnés par la commission sont d'accord pour dire que les foyers logements transformés en établissements d'accueil de la dépendance changent de rôle sur le territoire. Désormais, les personnes âgées vont attendre le dernier moment pour s'inscrire dans l'établissement. Elles ne côtoient plus les personnes autonomes. C'est ainsi que les élus commencent à faire construire sur leur territoire des « résidences services » ou logements adaptés.

Elaboré dans les années 80 à partir des réflexions sur l'adaptation de l'habitat des personnes âgées de plus de 55 ans issues des classes moyennes, le modèle « résidence services » s'est structuré sur un double objectif :

- ▶ Répondre à une demande d'habitat adapté émanant des foyers restructurés notamment après le départ des enfants ;
- ▶ Offrir une alternative plus attractive que les structures d'hébergements traditionnels aux « nouveaux retraités » issus de catégories sociales plus élevées ;

Les « résidences services » se définissent avant tout comme des produits de placements immobiliers organisés sous le régime de la propriété. Toutefois, les copropriétaires sont souvent amenés à investir dans la perspective d'un emménagement futur dans la résidence, lorsqu'ils en auront besoin.

Compte tenu des coûts élevés des investissements et des charges de fonctionnement générées par ces copropriétés d'un genre nouveau, des résidences services locatives se développent depuis quelques années. Elles se révèlent accessibles à un plus grand nombre.

C'est la Loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable qui a permis de poser quelques critères permettant de différencier les « résidences services » relevant ou pas de la réglementation des institutions sociales ou médico-sociales. L'autonomie des résidents et le recours aux services d'aide à la vie quotidienne restent les critères principaux. Les promoteurs immobiliers des « résidences services » locatives se trouvent souvent en situation limite de requalification de leur structure en institution sociale et médico-sociale.

3. La mise en place d'un guichet unique (lieu ressource)

La consolidation du rôle des C.L.I.C.

Le C.L.I.C, étant le coordonnateur de l'action gérontologique sur le territoire, son rôle doit être consolidé en particulier dans son action avec leurs partenaires du secteur sanitaire en harmonisant les outils et les pratiques. Actuellement, peu de structures médico-sociales pour personnes âgées utilisent le C.L.I.C comme un outil pour monter les réseaux nécessaires à une prise en charge globale de la vieillesse et comme source d'information.

Le rôle du Centre de gestion

Le Groupement du Trégor Goëlo propose que le Centre de gestion joue un rôle dans l'amélioration de la circulation de l'information et de la gestion du personnel dans les E.H.P.A.D. Il pourrait avoir différentes actions auprès des établissements :

- ▶ Travailler sur le cadre juridique d'un E.H.P.A.D.
- ▶ Augmenter la présence de la médecine du travail dans les établissements
- ▶ Créer un pool de remplacement au niveau des Missions Temporaires
- ▶ Créer un guichet unique pour les directeurs :
 - Répondre aux questions d'actualité
 - Connaître quelle réglementation s'applique
 - Permettre le travail en réseau
- ▶ Accompagner les établissements dans des dossiers complexes et parfois urgents, par exemple : le dégrèvement partiel des charges patronales
- ▶ Etablir un guide de gestion du personnel

Le Centre de Gestion pourrait faire partie du paysage médico-social et être un interlocuteur pour les E.H.P.A.D. publics territoriaux. Il aurait alors le même rôle que le siège social d'une association.

4. La mise en place de structures adaptées à la maladie d'Alzheimer

Les autorités de tutelle réfléchissent actuellement à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Des assises départementales et régionales ont eu lieu cette année sur ce thème. Elles se sont données trois axes de travail :

- ▶ Améliorer les connaissances (développement des diagnostics précoces et anticipation du nombre de personnes atteintes)
- ▶ Mobiliser la société : changer les regards sur les malades en modifiant les représentations et perceptions de la maladie, constituer et permettre l'accès au réseau de soins et de services et créer des espaces d'échanges.
- ▶ Améliorer la qualité de vie pour les personnes âgées et les aidants

Les Maisons pour l'Autonomie et l'Insertion des malades Alzheimer (MAIA)

L'expérimentation des MAIA est en cours. Ce sont des établissements sanitaires et médico-sociaux et à ce jour, il en existe 17 en France. Le développement des MAIA fait partie de la mesure 44 du Plan Alzheimer 2008-2012. C'est un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il constituera un guichet unique pour les utilisateurs. Un lieu d'orientation de la prise en charge avec le conseil des médecins, des assistants sociaux, pour construire un parcours de prise en charge personnalisé avec l'aide du coordonnateur. Les MAIA sont également un lieu d'information pour les familles. Pour développer ces structures, le plan prévoit des expérimentations qui peuvent provenir d'un CLIC, d'un réseau gériatrique, d'une expérience de coordination, des plateformes de soin. *« L'important est de parvenir à une coordination clairement identifiée des réponses existantes. L'expérience peut être placée au niveau départemental avec pour exemple les Maisons Départementales du Handicap » (Mesure 44 du plan Alzheimer).*

La mise en place de petites unités dédiées intégrées dans l'E.H.P.A.D. ou d'un établissement entièrement dédié à la maladie d'Alzheimer

Le développement de petites unités dédiées à la prise en charge de personnes âgées atteintes de la maladie (15 places maximum), intégrées dans l'E.H.P.A.D., permettrait d'avoir un personnel formé qui pourrait alterner entre les services. Cette solution peut éviter la « ghettoïsation » des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Le choix peut également porter sur la création d'un établissement entièrement dédié à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Le gestionnaire considère alors que la personne âgée a un parcours résidentiel qui passe par des étapes bien différenciées :

- ▶ Le domicile
- ▶ Le logement adapté
- ▶ L'E.H.P.A.D.
- ▶ L'établissement dédié à la prise en charge Alzheimer

A chaque évolution de son état de santé correspond une réponse en terme de structures ou de services. Cela nécessite également qu'il existe un projet médico-social global sur le territoire (communes ou communautés de communes).

Les propositions faites par les autorités de tutelle

Les autorités de tutelle ont émis des propositions afin d'assurer l'accompagnement des personnes âgées atteintes de pathologies lourdes lors des auditions :

- ▶ Les unités dédiées avec du personnel spécifique pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer :
« une unité dédiée ne pourra être créée pour chaque établissement, les places sont réparties dans l'ensemble du département en fonction des besoins. Aujourd'hui, la DRASS et la préfecture de région réunissent les acteurs de l'action médico-sociale pour travailler sur la prise en charge de cette maladie. Pour l'instant, la prise en charge reste encore théorique. » (DDASS 22 lors de la réunion du 11 mars)
- ▶ La multiplication des accueils de jour

Dans son schéma d'orientation « Bien vieillir en Côtes d'Armor », le Conseil général a dégagé 3 orientations dont l'une d'entre elles est « Imaginer de nouvelles réponses » dont l'axe 6 est « Renforcer notre dispositif pour un meilleur accompagnement des personnes atteintes de dépendance psychique ».

- ▶ Les engagements du Conseil général :
 - Elaborer un état des lieux des personnes concernées par la maladie, diagnostiquées ou présentant des troubles, ainsi que des troubles existants
 - Développer les structures ou unités d'accueil spécifiques
 - Généraliser les solutions de répit : places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et d'accueil de nuit déjà mentionnées
 - Privilégier les aidants de personnes atteintes de dépendance psychique dans le programme départemental d'aide aux aidants
- ▶ Les préconisations à l'initiative des territoires
 - Multiplier les lieux et les moyens de diagnostic
 - Mener des actions d'information et de formation (mutualisation, formation entre structures) tant auprès du grand public que des professionnels (médecins traitants, assistantes sociales, institutions...)

Le choix entre ces deux solutions n'est pas tranché à l'heure actuelle. Ce qui semble le plus important pour les autorités de tutelle est que le projet soit pensé en amont avant d'aller sur de la construction ou de la rénovation.

- Les pistes de travail -

1. Le développement et la création des structures intermédiaires à l'E.H.P.A.D.:

Pour permettre de :

- Répondre aux attentes des personnes âgées valides voulant se rapprocher du centre bourg
- Eviter à ces personnes d'être dans un domicile inadapté ou de se retrouver dans un établissement où les personnes sont pour la plupart déjà dépendantes

2. L'articulation entre les structures existantes par la mutualisation de services, de fonctions ou de matériels :

Pour permettre de :

- Avoir un pool de remplacement du personnel entre les services mutualisés
- Faire des économies d'échelle
- Eviter l'épuisement professionnel
- Avoir une meilleure coordination des structures et de l'offre proposée
- Proposer un rôle au CDG dans la mise en place de services communs
- Mettre en place une plateforme « action sociale »

3. Le développement de lieux ressources pour les directeurs ou les élus :

Pour permettre de :

- Renseigner les directeurs sur les actualités juridiques
- Faciliter la prise de décision des élus
- Faciliter le travail en réseau

4. La création de structures adaptées à l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies lourdes :

Pour permettre de :

- Répondre à la mesure 44 du Plan Alzheimer
- Avoir du personnel formé à disposition