

2012
2017

Préoccupations prioritaires et demandes de l'Uniopss

Personnes âgées



www.uniopss.asso.fr

UNIOPSS - 15, rue Albert - CS 21306 - 75214 Paris Cedex 13 - Tél. 01 53 36 35 00 - uniopss@uniopss.asso.fr

Personnes âgées

Pour le secteur des personnes âgées, la prochaine mandature doit être principalement l'occasion de renforcer l'effort de solidarité que réclame le prolongement des mesures d'ajustement des moyens engagés dans les établissements et services à domicile pour mieux répondre à l'évolution des besoins des personnes âgées en manque d'autonomie.

Dans cette perspective, il convient de pallier les carences qui subsistent tant dans l'offre de services à l'issue des plans Solidarité grand âge et Alzheimer que dans les moyens en crédits et en personnels dans les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad), les services de soins infirmiers à domicile (IAD) et les services d'aide à domicile.

Il convient également de finaliser les chantiers engagés en matière de réforme de tarification tout en révisant profondément les bases sur lesquelles ces chantiers ont été ouverts, à partir des conclusions des expérimentations engagées, notamment dans les services d'aide à domicile, les Ssiad et les Ehpad.

Les priorités de l'Uniopss

1. Poursuivre l'amélioration de la qualité de vie et de soins en Ehpad et réviser les bases de la réforme de la tarification des Ehpad introduite par l'art 63 de la LFSS pour 2009 qui a institué la forfaitisation des tarifs soins et la convergence tarifaire (**Fiche 1**)
2. Négocier la sortie de crise des services d'aide à domicile en réformant la tarification des services prestataires et en réinscrivant leurs activités en direction des publics fragiles dans les modes de régulation propres aux établissements sociaux et médico-sociaux (**Fiche 2**)
3. Parachever les objectifs de création de places de Ssiad et revoir les bases et les modalités de réforme de la tarification (**Fiche 3**)
4. Reconduire dans le cadre d'un nouveau plan Solidarité Grand Age un programme spécifique pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées, permettant la mise en œuvre des objectifs non atteints des plans et de revisiter certaines dispositions (**Fiche 4**)
5. Favoriser la diversification des structures d'accueil à proposer aux personnes âgées par le développement des Petites Unités de Vie (PUV), des foyers logements, des accueillants familiaux (**Fiche 5**)

Contact : Alain Villez – avillez@uniopss.asso.fr

Fiche 1 – Poursuivre l'amélioration de la qualité de vie et de soins en Ehpad et réviser les bases de la réforme de leur tarification introduite par l'art 63 de la LFSS pour 2009 qui a institué la forfaitisation des tarifs soins et la convergence tarifaire

Situation actuelle

La loi de finances et la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 contenaient des dispositions tarifaires lourdes de conséquences pour le secteur et sur lesquelles l'Uniopss, tout comme d'autres organisations représentatives du secteur, sont fortement mobilisées depuis trois ans.

L'Uniopss déplore l'ampleur des conséquences générées par cette réforme profonde dont les principes n'ont jamais été débattus sur le fond ni été préalablement discutés avec les organisations représentatives du secteur. Pourtant, ces mesures modifient et remettent profondément en cause les fondements de la procédure budgétaire et tarifaire et, plus globalement, les principes définis par la loi 2002-2 (libre choix du mode de vie, citoyenneté, démarche d'amélioration de la qualité, projet individuel, ...).

Les propositions budgétaires, reflet des orientations arrêtées en matière d'accompagnement des personnes, traduisent les moyens nécessaires à leur réalisation. Les projets personnalisés d'accompagnement et les projets d'établissement participent à cette construction budgétaire. Approcher le financement par le seul prisme de coûts plafonds standardisés et forfaitisés et d'une logique purement comptable remettrait en cause ce principe posé par la loi 2002-2.

La négociation budgétaire par le biais de la procédure contradictoire est censée permettre un dialogue sain et des échanges réels par des allers-retours entre la structure et son (ses) autorité(s) de tarification, se concluant par l'acte de tarification qui traduit l'approbation financière du projet engageant les deux parties. En cas de désaccord, le gestionnaire peut choisir la voie du contentieux.

Problèmes posés

Plus précisément, l'instauration de tarifs plafonds¹ et de règles visant à réduire les dotations dépassant le plafond encadre le dispositif d'allocation des ressources. Cette « convergence tarifaire » ne peut pas permettre aux structures d'assurer dans de bonnes conditions l'accompagnement individualisé des usagers et le respect de leurs droits fondamentaux, définis dans la loi 2002-2. Un premier mécanisme de convergence moins « radical », à l'aide d'indicateurs médico-sociaux économiques, avait déjà été instauré. Il aurait été préférable d'en réaliser le bilan, avant de mettre en œuvre un nouveau dispositif.

¹ Ces tarifs plafonds ont été introduits par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 pour les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées, sur la partie financée par l'Assurance maladie. La LFSS pour 2009 a introduit également des tarifs plafonds pour les unités de soins de longue durée – USLD (également sur la partie financée par l'Assurance maladie) et la loi de finance LF pour les CHRS, les Cda, les Esat et les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs.

Tarification des Ehpad : un tarif soins pré-déterminé au niveau national, la tarification « à la ressource »

En application des dispositions des articles 46, 69 et 63 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009, les modalités de fixation des tarifs soins et les valeurs plafonds à ces tarifs, dans le cadre de la nouvelle procédure de tarification à la ressource, ont été publiées par arrêté ministériel, le 26 février 2009 et un nouvel arrêté en date du 25 mai 2011 a actualisé ces valeurs pour 2011.

L'arrêté précise les nouvelles modalités de calcul des dotations soins et, en matière de convergence tarifaire, précise les modalités de mise en œuvre. Dans un premier temps, au titre de l'exercice 2009, les Ehpad dont les dotations soins sont supérieures aux valeurs des tarifs plafonds ont vu ainsi leurs tarifs évoluer de 0,5 % par rapport aux tarifs 2008. Au titre de 2010, l'arrêté proposait un échelonnement sur 6 ans de la réduction des dotations soins dépassant les tarifs plafonds à hauteur chaque année de 1/7^e de l'écart constaté entre le tarif soins historique et celui résultant de la prise en compte de la valeur plafond fixé par l'arrêté du 25 mai 2011.

Selon les estimations de la DGCS faites en 2011, près de 1 100 Ehpad étaient concernés et les quelque 13 M€ attendus de cette mesure nous semblent assez dérisoires au regard de la lourdeur des procédures mises en œuvre et du caractère inéquitable d'une démarche visant à retirer des moyens à des établissements réputés « sur-dotés » alors que les carences en personnel soignant sont parfaitement identifiées en fonction du ratio moyen actuel de 0,55 agent par place (dans notre réseau associatif) et que l'objectif d'encadrement fixé par le PSGA (Plan solidarité grand âge) est loin d'être atteint : 0,65 agent ETP par place (1 agent par place pour les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes). Devant les effets préjudiciables (des soins et un accompagnement de moindre qualité, des licenciements,...) que ne manquera pas de produire cette réforme – introduite sans concertation préalable et contribuant à forfaitiser les dépenses de soins en exposant les résidents aux risques d'un report de charge sur le tarif hébergement en cas de déficit sur la section soins et dépendance – l'Uniopss, en lien avec les autres organisations représentatives du secteur, a multiplié les démarches et les communications afin d'en atténuer les conséquences. Ces actions ont permis d'obtenir de Roselyne Bachelot-Narquin une mesure d'exclusion de la convergence tarifaire avec reprise de moyens des Ehpad non encore tarifés au GIR moyen pondéré soins GMPS.

Demandes de l'Uniopss

- L'Uniopss propose l'abrogation de l'article 63 de la LFSS pour 2009 et de l'article L.314 du code de l'action sociale et des familles CASF et demande l'engagement d'une négociation sur le fond des principes mêmes de la réforme.
- L'Uniopss demande l'engagement d'un nouveau plan solidarité grand âge afin de parachever la remise à niveau des ratio de personnel des Ehpad et de leur permettre d'évoluer en moyenne vers 0,75 voire 1/1 dans les Ehpad dont le GMP est supérieur à 800.
- Pour permettre cette évolution, il est urgent de passer maintenant rapidement tous les Ehpad en tarification au GMPS (en fonction de l'évaluation de la dépendance et de la charge en soins avec PATHOS). Les 140 M€ programmés par la LFSS 2012 devraient tout juste permettre de renégocier les conventions tripartites parvenues à échéance et les plus en retard en termes de renouvellement.
- Il est également impératif de parvenir enfin à une réduction du reste à charge des résidents, lequel est estimé aujourd'hui à quelque 1 500 € par mois, soit une somme supérieure au montant moyen des pensions. Pour cela, il convient de remettre en cause non seulement la répartition de certaines charges (psychologues, aides soignantes, animateurs, protections pour l'incontinence) entre les 3 sections tarifaires (hébergement, dépendance et soins) mais aussi la tarification ternaire elle-même. Dans la perspective de la création d'un nouveau risque pour la compensation des aides à l'autonomie, il serait tout à fait envisageable de fusionner les tarifs dépendance et soins en une seule et même dotation budgétaire annuelle placée sous l'autorité tarifaire des Agences régionales de santé (ARS).

Fiche 2 – Négocier la sortie de crise des services d'aide à domicile en réformant la tarification des services prestataires et en réinscrivant leurs activités en direction des publics fragiles dans les modes de régulation propres aux établissements sociaux et médico-sociaux

Situation actuelle

Les services d'aide à domicile s'installent dans la crise

La conjoncture économique s'avère toujours aussi délicate pour les services d'aide à domicile en direction des personnes vulnérables et fragiles, touchées par d'importantes difficultés financières. Sont concernés au premier chef les services d'aide aux bénéficiaires de l'Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et de la Prestation de compensation du handicap (PCH). En raison du plafonnement de l'APA, les services sont confrontés à la concurrence frontale et souvent déloyale des services ou intervenants affichant un coût horaire moins élevé du fait qu'ils relèvent du régime simplifié d'agrément qualité ou qu'ils sont recrutés directement par la personne aidée dans le cadre d'un contrat de gré à gré. Bien que représentant une part de plus en plus faible dans l'activité des services, la prestation « d'aide ménagère » à domicile financée par les caisses de retraite représente une source permanente de déficit en raison de la modicité du taux de remboursement horaire pratiqué par les caisses et qui ne permet pas de couvrir les frais de rémunération d'un intervenant qualifié. La crise n'épargne pas les interventions auprès des bénéficiaires de la PCH, qui ne prend toujours pas en compte les aides aux tâches domestiques.

Ces services aux personnes fragiles ont vu leur situation budgétaire se dégrader encore un peu plus par la décision des pouvoirs publics de supprimer des exonérations de charges sociales aux services à la personne, introduite par la loi de finances pour 2011. Cette suppression n'a impacté certes que les rémunérations des personnels autres que ceux intervenant à domicile (personnels administratifs et d'encadrement) mais a eu pour effet une augmentation du tarif de l'ordre de 2 %. Cette augmentation a bien été atténuée par la bascule sur les exonérations consenties pour les bas salaires (exonérations dites Fillon), mais au final l'impact est réel. Le groupe de travail mis en place par la DGCS pour évaluer l'ampleur de la crise et les moyens nécessaires à sa résolution, a permis d'estimer à plus de 400 les services en très grande difficulté, difficulté due essentiellement à l'assèchement des fonds propres et à l'effondrement de la trésorerie. Face à ce tableau très noir, Bérangère Poletti, députée des Ardennes, a été chargée d'expertiser les difficultés et d'établir des propositions de solutions tarifaires susceptibles de sortir de la crise. Entre autres propositions mentionnées dans les conclusions de son rapport, figurait la mise en place d'un fonds d'aide à la restructuration de 50 M€ et l'expérimentation de nouvelles modalités de tarification. Ces deux mesures se sont concrétisées en fin d'année dans le cadre de l'article 150 de la loi de finances (LF 2012).

Demandes de l'Uniopss

Pour sortir de la crise, les associations demande l'engagement de deux mesures :

- La première s'attache à la mise en œuvre du projet de refondation de la tarification des services autorisés élaboré par le groupe de travail mixte (Collectif des 16 organisations représentatives des services à domicile / conseils généraux) réuni au sein de l'Association des départements de France (ADF). Toutefois, les mesures législatives et réglementaires nécessaires à la mise en œuvre de cette réforme doivent également trouver leur place dans le cadre de la réforme de la dépendance.
- La seconde vise la réintégration des procédures d'autorisation et de contrôle des services intervenant auprès de publics fragiles dans les modes de régulation propres aux institutions sociales et médico-sociales. Pour cela, nous demandons l'abrogation du droit d'option entre les deux modes d'autorisation régis par l'article L.241-10 du code du travail et instituée par la loi Borloo pour les interventions d'aide à domicile auprès de publics fragiles.

Fiche 3 – Parachever les objectifs de création de places de Ssiad et revoir les bases et les modalités de réforme de leur tarification

Situation actuelle

Afin de faire face au défi du vieillissement de la population, le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) s'était donné comme objectif prioritaire de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, en faisant le choix de développer significativement l'offre de soins infirmiers à domicile. Il s'agissait d'augmenter de 30 % le nombre de places pour en porter le nombre à 144 000 sur le plan national. Alors que nous sommes à moins d'un an de la fin du PSGA, une sous exécution de la mesure est à déplorer.

Par ailleurs, afin de mieux répondre à l'évolution des besoins de soins, notamment à caractère infirmier, que réclament les personnes âgées, les fédérations et unions se sont engagées depuis 2007 dans des concertations avec la DGCS. Celles-ci devaient déboucher originellement sur un rebasage des budgets des services financés par l'assurance. Cette demande initiale a évolué aujourd'hui en un projet de réforme du mode d'allocations des ressources aux services. Cette réforme consisterait à faire reposer la tarification des services sur une standardisation et une forfaitisation des coûts opérées à partir de la fixation d'un score patient évoluant en fonction de la charge en soins (mesurée par un algorithme) et d'un score structure (calculé forfaitairement en fonction des caractéristiques du service).

Problèmes posés

Le PSGA se terminant en fin d'année, il est à craindre que toute mesure qui n'a pas été engagée, soit purement et simplement annulée et que les crédits non consommés soient réaffectés au budget général de l'Assurance maladie. Il est pourtant nécessaire de créer les places programmées afin de parvenir à un ratio d'équipements proche des 30 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, ce ration ayant été identifié comme la bonne référence de réponse aux besoins.

Il est tout aussi essentiel de finaliser la réforme de la tarification sous réserve qu'il soit clairement entendu que cette réforme ne peut pas être le prétexte à une diminution de crédits pour les Ssiad dont la dotation historique se révélerait excédentaire par rapport aux nouvelles modalités d'allocation de ressource. Or, la simulation du nouveau modèle effectuée par le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale démontre qu'au moins 30 % des Ssiad existant devraient être perdants. Pour l'Uniopss, ce postulat est inacceptable et nécessite que soit posé comme principe de départ qu'aucun Ssiad ne soit contraint à restituer des crédits et donc à licencier du personnel soignant qui représente 80 % des dépenses.

Demandes de l'Uniopss

Afin de pallier les écueils dénoncés précédemment, l'Uniopss demande :

- La reconduction du Plan Solidarité Grand Age permettant de parachever le programme de création des quelque 10 000 places programmées et non encore créées.
- La revalorisation de l'enveloppe nationale de crédit, en procédant d'une part à l'intégration des crédits non reconductibles (CNR) en base. L'étude conduite sur l'usage des CNR révèle que ces crédits prévus au départ pour des dépenses non pérennes sont de fait mobilisés pour des dépenses

courantes des services, par exemple pour des dépassements budgétaires sur les actes infirmiers des libéraux de santé. À terme, s'il s'avérait nécessaire d'abonder l'enveloppe nationale de crédits dédiée au fonctionnement des Ssiad, nous ne serions pas opposés à ce qu'une fraction des crédits destinés au financement des places nouvelles soit utilisée à cet effet.

- La subordination de la finalisation du nouvel outil d'allocation de ressources à la prise en compte des conclusions des études nationales de coûts et de besoins et à la formalisation du cahier des charges des Ssiad toujours en cours de rédaction.
- Enfin, nous demandons à ce que le projet de décret tarifaire Ssiad, une fois satisfaits les préalables énoncés ci-dessus, soit complètement revu de manière à intégrer le maintien d'un dialogue budgétaire indispensable à la prise en compte des spécificités et que soient mieux précisées les modalités de constitution à partir des Ssiad, des services polyvalents d'aide et de soins infirmiers à domicile.

Fiche 4 – Reconduire, dans le cadre d'un nouveau Plan Solidarité Grand Age, un programme spécifique pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées

Parmi les 44 mesures que comptait le 3^e plan Alzheimer, ce sont celles qui intéressaient l'accompagnement des personnes malades et le secteur médico-social qui ont subi le plus d'aléas et de retard dans leur mise en œuvre. Il est donc impératif que les mesures médico-sociales du plan soient d'une part prolongées dans leurs effets et que leur cahier des charges soit revu de manière à faciliter leur déploiement sur l'ensemble du territoire. Afin d'éviter toute discrimination, fut-elle positive, nous considérons que la reconduction de ces mesures doit s'intégrer dans un Plan Solidarité Grand Âge « nouveau format » qui comprenne un volet Alzheimer.

Situation actuelle

La mise en œuvre des mesures médico-sociales du 3^e plan Alzheimer connaît des retards importants qui contribuent à en ternir le bilan. Dès son origine, ce plan a souffert d'une opacité certaine dans les financements des mesures qui se recoupaient bien souvent avec les mesures du Plan Solidarité Grand Age (accueil de jour, hébergement temporaire) ou avec les crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les effets conjugués des retards dans la conceptualisation des dispositifs nouveaux et de l'inadéquation flagrante de certains d'entre eux (les pôles d'activités et de soins adaptés [PASA] en Ehpad) sont à l'origine d'une sous-consommation, assez paradoxale en ces temps de pénurie, des crédits programmés. Ainsi, selon les dernières statistiques diffusées par le Comité national de suivi du plan, les crédits programmés n'avaient été effectivement engagés à la fin 2011 qu'à hauteur de 22 %, en intégrant l'ensemble des mesures médico-sociales et 40 % si on excluait les PASA qui constituent la lanterne rouge pour ne pas dire le « boulet » du plan. Ce sont les maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes Alzheimer (MAIA) qui, après une période utile de gestation et d'expérimentation, se sont peu à peu bien intégrées dans les dispositifs de coordination gériatrique préexistants.

Problèmes posés

En revanche, les autres mesures médico-sociales du plan - PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés), UHR (Unités d'hébergement renforcé), plateforme de répit des aidants familiaux, accueil de jour, hébergement temporaire, équipes spécialisées Alzheimer au sein des Ssiad – contribuent à renforcer la spécialisation et la médicalisation des établissements et services d'accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées. Ces dernières connaissent de ce fait des difficultés d'intégration dans les structures d'accueil, qu'ils s'agisse d'Ehpad ou de Ssiad. L'introduction de nouvelles compétences et de métiers qui, sans être vraiment nouveaux étaient encore peu sollicités dans le secteur gériatrique (ergothérapeutes, psychomotriciens, assistants de soins en gériatrie, gestionnaires de cas) représente sans aucun doute les caractéristiques les plus marquantes de ces mesures.

Reste que la phase de déploiement des dispositifs, le plus souvent expérimentaux, qualifiée abusivement de généralisation, se heurte à des difficultés de mise en œuvre. L'articulation de ces nouvelles structures d'accueil avec les dispositifs pré-existants dans les Ehpad (PASA) est en effet délicate. Par ailleurs, le caractère forfaitaire des prises en charge par l'assurance maladie est loin de couvrir l'ensemble des coûts induits par ces dispositifs, tant en investissement (Pôle d'activités et de soins adaptés – PASA) qu'en fonctionnement (plateforme de répit, Equipes Spécialisées Alzheimer à domicile – ESA).

Ainsi, les Ehpad, a fortiori s'ils disposent d'une unité de vie Alzheimer (type CANTOU ou autre), qui souhaitent faire labelliser un projet de PASA, se voient contraints de concevoir architecturalement leur PASA de façon totalement indépendante des unités de vie. Le cahier des charges PASA, en imposant cette étanchéité, prive l'établissement d'enrichir l'accompagnement des résidents de l'unité par l'apport des activités de stimulation générées par le PASA. Ce parti pris expose par ailleurs l'établissement à des investissements importants pour créer les espaces nécessaires à l'accueil à la journée de 14 résidents, incluant le repas. C'est une salle de séjour/salle à manger et au moins deux espaces d'activités qui sont ainsi requis. En contrepartie de ces exigences, les aides à l'investissement restent très limitées. De plus, sur le plan du fonctionnement, le forfait de 4 000 €/place/an ne suffit pas pour assurer l'encadrement des activités plus de 5 jours sur 7. Par ailleurs, ce forfait ne prend absolument pas en compte la rémunération des personnels d'accompagnement autres que le psychomotricien ou l'ergothérapeute et les assistants de soins en gérontologie. Dans ces conditions, c'est le budget hébergement qui joue le rôle de variable d'ajustement pour absorber les reports de charge. Ces derniers ne manquent pas de soulever l'opposition des conseils généraux lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale.

Pour les accueils de jour et l'hébergement temporaire, la sous-consommation des crédits programmés s'explique par les effets dissuasifs de la tarification pratiquée, laquelle laisse un « reste à charge » très important pour les usagers. L'APA, qui aurait vocation à financer ces accueils, ne peut être mobilisée du fait de la saturation des plans d'aide avec la rémunération des seules aides à domicile. Dans ces conditions, les ARS et les conseils généraux, qui se partagent la compétence, se montrent assez frileux devant les taux d'occupation qui restent modestes. La progression de l'activité des accueils de jour n'a pas été au rendez vous. De ce fait, la programmation des plans Alzheimer et PSGA a été révisée sensiblement à la baisse concernant les accueils de jour [AJ] (réduction de 2 200 à 1 200 places par an) et les hébergements temporaires qui représentent un véritable échec de par la stagnation de l'offre là où était attendu un développement significatif. De plus, l'hébergement temporaire paie un lourd tribut à la politique de création développée par nombre de conseils généraux optant pour un saupoudrage de quelques places dans les Ehpad au détriment d'implantations de structures autonomes.

Demandes de l'Uniopss

- Reconduire, dans le cadre d'un nouveau plan solidarité grand âge, un volet Alzheimer permettant de parachever le programme de création de MAIA, de places d'ESA, de PASA et de réviser les cahiers des charges des mesures médico-sociales qui ne parviennent pas à « décoller ».
- Réviser le cahier des charges des PASA afin de faciliter leur intégration dans les établissements et revaloriser le forfait accordé par l'Assurance Maladie pour leur fonctionnement.
- Réformer la tarification des accueils de jour et des hébergements temporaires, en vue de réduire le reste à charge pour les usagers. Élaborer un cahier des charges des hébergements temporaires et fixer quelques normes réglementaires en matière de capacité minimale d'accueil.

- Réviser le cahier des charges des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) afin de pouvoir renouveler, au moins une fois dans la même année, la séquence de 15 séances sur une période de trois mois.
- Requalifier les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes Alzheimer (MAIA) qui, par rapport à leur conception initiale, ne sont plus des maisons et ne concernent plus exclusivement les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer.

Fiche 5 – Favoriser la diversification des modes et des structures d'accueil à proposer aux personnes âgées par le développement des Petites Unités de Vie (PUV), des foyers logements, des lieux de vie et des habitats collectifs de l'accueil familial à titre onéreux

L'allongement de l'espérance de vie sans incapacité et l'accroissement significatif des générations de plus de 60 ans laissent aujourd'hui un espace pour le développement d'une réflexion prospective sur les parcours résidentiels des personnes âgées. Ce parcours ne peut se résumer en une alternative manichéenne entre l'isolement à domicile et l'admission dans l'univers de plus en plus médicalisé des Ehpad. Des solutions intermédiaires doivent être encouragées et soutenues tant dans le secteur médico-social que dans celui du logement social.

Situation actuelle

La promotion des Petites Unités de Vie (PUV) comme solution intermédiaire date de la loi APA de juillet 2001. Ces EHPA(D), d'une capacité d'accueil inférieure à 25 places, ont accès à des modalités dérogatoires de prise en charge des soins par l'Assurance Maladie et à l'obligation de négocier une convention tripartite, dès lors que leur GIR moyen pondéré GMP n'excède pas la valeur 300. Il a déjà fallu attendre le 10 février 2005 pour qu'un décret fixe dans la réglementation ces modalités. Malheureusement, au fil des années, ces dispositions ont été considérées comme des mesures de régularisation, alors que l'Uniopss et d'autres organisations comme l'UNCCAS et la fédération nationale des MARPA FNMARPA (MSA) en escomptaient plutôt un effet promotionnel. La réforme de la procédure d'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) avec la mise en place des appels à projets a renforcé la frilosité des conseils généraux à l'égard de ces structures.

Les logements foyers dont le GMP est supérieur à 300 ont également bénéficié en 2007 de mesures dérogatoires pour assurer des soins à leurs résidents, sans pour autant négocier la convention tripartite Ehpad sur la totalité de leur capacité (sous réserve qu'ils n'accueillent pas plus de 10 % de résidents en GIR 1 et 2). Ces mesures transitoires ont permis de consolider une offre d'accueil reposant essentiellement sur un mode de vie en autonomie garantissant le bénéfice d'une sécurisation.

Autre forme alternative d'hébergement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, l'accueil familial à titre onéreux connaît aujourd'hui une stagnation de son développement en raison du vieillissement accru des accueillants agréés et d'une diminution très sensible des demandes d'agrément nouvelles déposées. Ce sont moins de 5 000 personnes âgées qui sont aujourd'hui hébergées chez des accueillants familiaux, avec des disparités très fortes d'un département à l'autre. Alors que certains départements comptent plus de 500 accueillants agréés, d'autres en totalisent moins d'une dizaine. Une mission a été confiée à Valérie Rosso-Debord afin d'étudier les modalités de développement de cette forme d'accueil. Les quelques mesures qui avaient suivi n'ont pas été de nature à entraîner les effets attendus sur la revalorisation du statut des accueillants notamment.

En marge du secteur médico-social et avec le soutien effectif de l'action sociale immobilière de la CNAV, se déploie une nouvelle offre d'habitats collectifs de type « Béguinage » et colocations. Ces solutions s'avèrent particulièrement attractives pour les personnes âgées soucieuses de conserver une vie autonome tout en bénéficiant du confort, de la sécurité et du soutien que confère la co-résidence dans des habitats collectifs adaptés. Elles s'inscrivent dans les politiques de développement du logement social adaptées mises en œuvre dans le cadre des Plans locaux de l'Habitat.

Problèmes posés

Les Petites Unités de Vie (PUV) bénéficient au titre des dispositions de l'article D. 313-17 du Code de l'Action Sociale et des familles d'une dérogation à l'obligation de négocier une convention tripartite dès lors que leur GMP excède 300. Plus précisément, cette dérogation repose sur un droit d'option entre trois solutions – convention tripartite, forfait soins infirmiers ou partenariat avec un Service de soin infirmier à domicile (Ssiad). Ce régime dérogatoire valait surtout pour les établissements de moins de 25 places, créés avant la publication du décret du 10 février 2005, lequel prévoyait dans un article 3 que les établissements visés devaient exprimer leur choix, par courrier au Préfet [à l'époque] et au Président du Conseil général, sur les modalités de tarification pour lesquelles ils avaient opté.

Cette option courait sur une période de 5 ans, sans que la réglementation ne prévoie ni la possibilité de changer d'option pendant la durée des 5 ans ni les modalités de reconduction de cette option au-delà des 5 ans. Pour les établissements concernés, l'incertitude la plus grande plane sur ce qu'il est censé advenir au-delà de l'échéance de 2011 de prolongation de l'option.

Dans le même temps, les logements foyers qui bénéficiaient, avant la première réforme de la tarification des soins en Ehpad, d'un forfait soins courants, destiné à prendre en charge les soins dispensés par du personnel aide soignant, se trouvent aujourd'hui considérés comme cadre d'extinction. Ces structures n'ont d'ailleurs bénéficié d'aucune revalorisation de ce forfait depuis deux ans. De plus, les logements foyers, qui auraient besoin de ce forfait pour mieux accompagner des résidents relevant d'une aide à l'autonomie, ne peuvent plus en demander le bénéfice. Pour sortir de ce mauvais pas les logements foyers, la DGCS a mis en perspective, depuis plusieurs années, l'éventualité de substituer un forfait autonomie aux anciens forfaits soins courants. A ce jour, le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale n'a formalisé aucun projet sur ce point. Par ailleurs, la publication du cahier des charges des EHPA (logements foyers essentiellement) n'est toujours pas intervenue.

En matière d'accueil familial, les perspectives d'amélioration du statut des accueillants, tracées essentiellement par la loi DALO de mars 2007 qui ouvrait la possibilité de salarier des accueillants familiaux par des organismes privés ou publics (les établissements et services pour personnes âgées), ne se sont malheureusement pas concrétisées en raison de la résistance des conseils généraux.

Demandes de l'Uniopss

Afin de garantir l'effectivité de la diversification des modes d'accueil offerts aux personnes âgées l'Uniopss demande :

- La révision de la réglementation propre à la prise en charge des soins dans les petites unités de vie afin de permettre le déploiement de ce type de structure d'accueil qui a démontré sa capacité à offrir une alternative crédible et viable aux établissements de type Ehpad.
- La mise en expérimentation rapide d'un forfait autonomie susceptible d'assurer la continuité des forfaits soins courants financés par l'Assurance Maladie dont bénéficie une fraction non négligeable des logements foyers. Ceux-ci peuvent ainsi offrir aux quelques résidents qui le nécessitent une assistance aux gestes essentiels de la vie quotidienne, sans pour autant justifier d'un transfert en Ehpad.
- La révision de la réglementation applicable aux accueillants familiaux afin d'améliorer sensiblement le statut des accueillants familiaux recrutés en contrat de gré à gré avec les personnes qu'ils accueillent et de faciliter leur embauche par les établissements sociaux et médico-sociaux. La situation est urgente car faute de rendre le statut des accueillants plus attractifs pour des plus jeunes, leur nombre risque de régresser très rapidement, au rythme des départs en retraite.

