

# LA CROISÉE DES CHEMINS

Priorités de la FHF pour le secteur médico-social



**FHF**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

## SOMMAIRE

### 01 L'OFFRE DE SERVICES DE LA FHF AU BÉNÉFICE DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

### 02 LES PRINCIPALES POSITIONS DE LA FHF SUR LES GRANDES QUESTIONS MÉDICO-SOCIALES

- Pour un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie
- Les appels à projet
- Les coopérations
- La convergence tarifaire en Ehpad
- La convergence tarifaire en USLD
- La tarification à la ressource
- La réforme de la tarification des Ssiad
- Le déploiement du plan Alzheimer (UHR/Pasa)

### 03 LA REPRÉSENTATION DE LA FHF AU SEIN DES INSTANCES NATIONALES MÉDICO-SOCIALES

### 04 ANNEXE

Les représentants de la FHF dans les instances nationales médico-sociales

## PRÉAMBULE

L'année qui s'ouvre s'annonce très riche d'enjeux pour l'avenir des établissements sociaux publics, qu'ils soient autonomes ou rattachés à des hôpitaux. Mise en œuvre d'un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie, réforme des financements, appels à projet sur la création de capacités nouvelles, déploiement du plan Alzheimer, élargissement du champ des coopérations et des mutualisations vont dessiner dans quelques années pour ce secteur un paysage très différent de celui que nous connaissons.

Dans un contexte de vieillissement de la population, et face à la tentation souvent exprimée de céder aux sirènes du secteur privé lucratif, la place du secteur public doit être défendue car il représente un socle indispensable au pacte social qui unit toutes les générations.

C'est pourquoi la Fédération hospitalière de France, qui représente près de deux mille adhérents et la majorité de l'offre d'hébergement des personnes âgées dépendantes, a souhaité réaffirmer avec force nos positions sur l'ensemble de ces sujets. Celles-ci, au-delà des questions particulières développées plus loin, présentent ainsi une cohérence d'ensemble dont le présent document témoigne.

Nous avons en effet la conviction que les réponses aux défis qui nous sont posés ne peuvent être que collectives et qu'elles passent par un rassemblement de nos forces, au-delà des clivages entre sanitaire et médico-social dont nous ressentons chaque jour les effets pervers.

Nous avons la conviction que les valeurs de solidarité qui fondent le service public sont plus que jamais d'actualité lorsqu'il s'agit de réaffirmer les droits de nos concitoyens face à l'émergence de fragilités nouvelles.

Nous savons que la « cause des personnes âgées » doit être défendue avec fermeté et détermination par ceux qui ont choisi de la servir.

Votre Fédération s'est mise en « ordre de bataille » pour porter ces combats, en établissant un plan d'actions sur la base des préconisations d'un audit des attentes de ses adhérents qu'a réalisé la Sanesco. Ce plan, présenté en avant-propos à notre plate-forme, a déjà commencé à être décliné par la diffusion d'un document sur les idées reçues concernant les maisons de retraite publiques, d'un document sur les chiffres clés du secteur, d'un magazine qui relayera vos initiatives, d'un site Internet grand public ([maisons-de-retraite.fr](http://maisons-de-retraite.fr)) valorisant nos établissements et par le renforcement des capacités d'expertise de notre siège et de notre filiale SPH.

Vous trouverez également à la fin du présent document des informations sur nos principales représentations nationales.

L'avenir du secteur médico-social public, bien loin d'être écrit à l'avance, reste à bâtir. Il nous revient de le construire ensemble.

**Gérard VINCENT**  
*Délégué général de la FHF*

**Jean LEONETTI**  
*Président de la FHF*

# 01 L'OFFRE DE SERVICES DE LA FHF AU BÉNÉFICE DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

## PROGRAMME DE TRAVAIL 2011-2015

**La FHF a souhaité mener une réflexion avec ses adhérents sur l'offre médico-sociale.**

Ces derniers se composent d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) autonomes (873 établissements, 78 500 lits et places), d'autres établissements médico-sociaux autonomes (51 établissements, 5 433 lits et places), d'Ehpad rattachés à un établissement public de santé (EPS) (623 établissements, 73 000 lits et places) et d'autres structures médico-sociales rattachées à un EPS (295 établissements, 7 630 lits et places), soit 1 842 établissements au total.

### ⊕ LES POINTS FORTS

- ⊕ Une offre FHF forte dans le sanitaire et le médico-social concernant les personnes âgées (hors collectivités territoriales).
- ⊕ Des établissements d'envergure (nombre de lits importants), avec une réelle dynamique en matière d'innovation de prise en charge.
- ⊕ Des forces importantes région : animateurs sanitaires et médico-sociaux dans chaque département, permanent régional, bientôt délégué permanent à l'échelon de la région ou de l'interrégion, etc.
- ⊕ Des actions nationales d'envergure (Géront Expo) et d'autres qui ont marqué les adhérents (tour de France médico-social).
- ⊕ Des réponses précises aux besoins ponctuels des adhérents par le siège de la FHF.
- ⊕ Des outils de communication et d'information (*La Lettre de la FHF* ; [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)) d'un « bon niveau ».

**Suite aux différents constats dressés par cette étude, la FHF a arrêté un programme de travail 2011-2015 sur le secteur médico-social concentré autour de cinq actions principales à réaliser au cours de cette période.**

Tout d'abord, la FHF souhaite affirmer sa ligne politique médico-sociale en rappelant les partenariats qu'elle entretient avec les autres acteurs du secteur et en communiquant davantage. Une communication nationale relative aux commissions nationales et régionales aura également lieu auprès des adhérents afin d'expliquer où la FHF siège et ce qu'elle fait.

- Une attention toute particulière sera portée en outre à la communication, les questions médico-sociales faisant l'objet d'une médiatisation régulière du délégué général et du président de la FHF.
- La FHF souhaite également assurer une représentation plus équilibrée du secteur médico-social dans les instances régionales des FHF régionales.

*Le suivi de ces actions se fera au travers du bilan annuel de la communication FHF sur les questions médico-sociales et par l'outil de suivi des actions médico-sociales menées par les FHF régionales au niveau régional ou départemental.*

Dans ce cadre, la Fédération hospitalière de France (FHF) a retenu le cabinet Sanesco pour réaliser une étude sur l'offre de service à développer au bénéfice du secteur médico-social. Cette démarche, lancée en avril 2010, a eu pour objectif de faire un état des lieux des actions et organisations existantes et de structurer une approche pour les développer et les améliorer.

Trois régions pilotes ont participé à la réflexion : Franche-Comté, Rhône-Alpes et Poitou-Charentes.

Cette étude a permis de mettre en lumière les attentes des établissements médico-sociaux adhérents, résumés dans le tableau ci-dessous.

### ⊖ LES POINTS FAIBLES

- ⊖ Une faible visibilité de la FHF au sein des commissions nationales ou auprès des tutelles en région.
- ⊖ Une perception biaisée du secteur médico-social considéré comme « pesant moins ».
- ⊖ Un manque de visibilité de l'organigramme en région.
- ⊖ Une absence de dynamique sur la question des personnes handicapées.
- ⊖ Une absence de dynamique de coopération entre adhérents fondée sur le partage des informations, l'identification des opportunités de coopération.
- ⊖ Une absence de capitalisation des réponses aux questions juridiques aux échelons départemental, régional et national.

**La FHF souhaite inciter les régions à se doter d'un programme régional annuel en lien avec les délégués départementaux et les délégués régionaux adjoints.**

- Ce programme sera la déclinaison des prises de positions nationales en direction des agences régionales de santé (ARS) et des conseils généraux, articulant le secteur sanitaire et médico-social, les personnes âgées et les personnes handicapées.
- Des thématiques clés, agendas et partenariats, ainsi qu'une fiche mission seront proposées par la FHF aux FHF régionales afin de les aider dans leurs démarches.
- Les FHF régionales seront sollicitées afin de clarifier les rôles et les missions des acteurs médico-sociaux régionaux et départementaux : cette organisation sera communiquée aux adhérents et à la FHF. Les FHF régionales seront également chargées d'identifier les personnes ressources du secteur médico-social au sein de chaque territoire et/ou département et auront la possibilité de communiquer leurs noms via un document partagé sur SharePoint (plate-forme intranet de la FHF), actualisé chaque année. Il s'agit de connaître rapidement les experts mobilisables sur les différents sujets d'actualité.

*Le suivi de cette action sera assuré par le rapport d'activité annuel des FHF régionales sur les actions médico-sociales.*

**Le délégué départemental, en lien avec le délégué régional adjoint, devient le référent de la FHF pour les questions médico-sociales<sup>1</sup>.**

- Les délégués départementaux et les délégués régionaux adjoints seront réunis deux fois par an par la FHF. Par ailleurs, les délégués régionaux adjoints seront invités aux réunions des délégués régionaux.
- La FHF souhaite également que les délégués départementaux, en lien avec les délégués régionaux, organisent au moins deux réunions par an dans leur département avec l'ensemble de leurs collègues.
- Les actions et enquêtes menées, tout comme l'agenda prévu par les délégués départementaux, feront désormais l'objet d'un retour auprès des FHF régionales et de la FHF au moins une fois par trimestre. À cette fin, un tableau de bord sous forme d'agenda partagé sur SharePoint sera créé au premier trimestre 2011 avec la collaboration des permanents afin de suivre à chaque trimestre les actions régionales et départementales entreprises.
- Le délégué départemental sera amené à rencontrer plus régulièrement le conseil général.
- Enfin, l'accent sera mis sur la communication des informations médico-sociales auprès des adhérents (par exemple via les messages électroniques et le séminaire médico-social annuel de la FHF), ainsi que sur la valorisation de l'action des délégués départementaux : la FHF a diffusé en décembre 2010 un document sur les idées reçues dans le secteur médico-social et valorisa plus le salon Géront Expo-Handicap Expo 2011 par la tenue d'une soirée.

*Le bilan annuel d'activité sera l'indicateur de suivi de ces actions.*

**La FHF va développer des outils au service des adhérents.**

- À l'automne 2011, le site institutionnel de la FHF sera réorganisé. Il intégrera notamment des informations propres au secteur médico-social, une base de données, un moteur de recherche, une foire aux questions, etc.
- L'action des régions sera valorisée soit par la mise en place de sites internet régionaux qui indiqueront les événements et réunions à venir ainsi que les attentes du secteur médico-social, soit directement sur le site Internet de la FHF.
- Il est essentiel de pouvoir accompagner les établissements médico-sociaux dans leurs besoins d'expertises et plus particulièrement sur les appels à projet, notamment grâce à SPH Conseil, filiale commerciale de la FHF, dont les possibilités d'expertises devront être mises en avant.
- De février à juin 2011, sera mise en place une commission de travail sur la thématique « Créer et rénover des places dans le secteur médico-social public » en lien avec SPH Conseil.
- Par ailleurs, à partir de septembre 2011, un nouveau tour de France des régions sera organisé à leur demande.

- Enfin, des commissions techniques permanentes impliquant les référents FHF régionaux devront être structurées afin d'alimenter les réflexions et prises de position des niveaux nationaux et régionaux.
- En 2011, ces commissions techniques seront probablement dédiées à la réalisation d'un guide sur le contentieux tarifaire et à la mise en place d'un groupe de suivi de la réforme de la protection des majeurs.

*Le suivi des actions engagées se fera par la comptabilisation du nombre de places publiques créées dans le secteur médico-social.*

**Enfin, l'amélioration de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social passera par une plus forte implication du secteur médico-social dans la construction des filières de territoire comme les communautés hospitalières de territoire (CHT), les groupements de coopérations sanitaires (GCS) et les groupements de coopérations sociales et médico-sociales (GCSMS).**

- La connaissance et la communication des filières de prise en charge innovantes avec le secteur médico-social, dans le cadre de la mise en place de CHT et/ou de GCS et/ou de GCSMS s'avéreront nécessaires pour améliorer cette articulation.
- Aussi la FHF publiera-t-elle un guide pratique sur les coopérations dans le secteur médico-social et organisera un suivi des coopérations existantes, via le site Internet, en faisant appel au partage d'expériences.
- Enfin, le partage des compétences entre le secteur sanitaire et médico-social sera la clé de voûte du succès de notre démarche.

*Le suivi de ces actions se fera par la comptabilisation du nombre de régions ayant réalisé leurs cartographies de filières médico-sociales.*

**La réalisation de l'ensemble de ces objectifs ne pourrait avoir lieu sans la mise à disposition de moyens humains et financiers.**

**C'est pourquoi la FHF a prévu un budget dédié à la communication ainsi que le financement d'un chargé de mission sur le secteur médico-social et de quelques vacances d'un médecin gériatre.**

1. Les coordonnées de vos délégués départementaux et délégués régionaux adjoints sont disponibles sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) → Dossier → Vieillesse handicap, représentant de la FHF dans le secteur médico-social

## 02 LES PRINCIPALES POSITIONS DE LA FHF SUR LES GRANDES QUESTIONS MÉDICO-SOCIALES

### POUR UN DROIT UNIVERSEL À LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Le conseil d'administration de la FHF a adopté les principes ci-dessous lors de sa séance du 6 octobre 2010.

En préambule, la FHF réaffirme les grands principes qu'elle entend défendre et qu'elle a énoncés dès juin 2008 :

- **la compensation de la perte d'autonomie ne recouvre pas le même champ que l'assurance maladie** : il s'agit de permettre, en sus de la couverture du risque maladie, la prise en charge d'un nouveau risque, la perte d'autonomie pour les personnes âgées et/ou handicapées. Ce dispositif ne doit pas se substituer au plan solidarité grand âge ;
- **une approche transversale, concernant le domicile et l'établissement, la vieillesse et le handicap**. Il est essentiel de garantir une cohérence forte entre ces différentes dimensions ;
- **prendre en compte les différents enjeux du secteur médico-social** que sont l'évolution du système de tarification, l'allocation de moyens nouveaux pour les établissements, le niveau de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) médico-sociales ;
- **faire diminuer le reste à charge des résidents en Ehpad**. Alors que le niveau moyen des retraites en France est actuellement de 1 200 euros, le « reste à charge » pour une personne âgée en Ehpad est de 2 200 euros en moyenne (frais d'hébergement et ticket modérateur dépendance).

*La réflexion de la FHF s'inscrit donc dans la mise en place d'un nouveau champ de la protection sociale (aux côtés des soins curatifs et de l'hébergement), l'accompagnement de la personne en perte d'autonomie.*

**Développer l'efficacité et la dynamique d'un modèle innovant à travers la coordination sanitaire et sociale des parcours de vie des personnes**

Avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, il convient de **tout mettre en œuvre afin de retarder la survenue de la perte d'autonomie** : en effet, la prise en charge au plus tôt des problèmes de la personne est bénéfique aussi bien sur le plan humain que financier, tant il est vrai que la prévention de la dégradation de l'autonomie de la personne permet souvent d'éviter le recours aux institutions, toujours plus coûteux. Le maintien à son domicile de la personne âgée est une priorité.

**À cet égard, la proposition de la mission Rosso-Debord visant à supprimer l'aide à l'autonomie pour les personnes âgées en GIR 4 doit être écartée** sous peine d'accélérer la survenance ou l'aggravation de situations de fragilité qui pourraient conduire à un recours plus important et peu qualitatif au système de santé. Cette proposition menace par ailleurs un nombre important d'emplois de proximité.

Dans cet esprit, la coordination des intervenants au sein du parcours de vie des personnes devient un enjeu central de prévention de la perte d'autonomie et d'efficacité dans le secteur de la santé au sens large.

Un des axes d'amélioration de l'efficacité est de **mieux valoriser l'expérience des acteurs en matière de structuration de filières et de réseau dans les territoires en proximité**. En fonction des reconversions d'activité à conduire sur certains territoires, des transferts de crédits sanitaires vers la couverture de l'aide à l'autonomie seront possibles.

**Mieux définir l'objectif d'aide à l'autonomie**

La réforme actuellement discutée mêle plusieurs préoccupations : accompagner au long cours des personnes touchées par une maladie chronique ayant des répercussions sur la vie quotidienne, améliorer et pérenniser les réponses à l'accompagnement des personnes en situation de handicap physique, mental ou psychique ou encore faire face au coût peu soutenable d'un accompagnement en structure médico-sociale de type maison de retraite médicalisée pour personne âgée.

Ainsi, la mise en place d'un nouveau champ de protection sociale doit-elle s'accompagner d'une réflexion préalable sur le périmètre concerné et sur les définitions respectives du soin de longue durée, de la réhabilitation sociale et de l'autonomie. Elle doit également emporter le principe de révision des modalités de tarification, notamment des établissements pour personnes âgées vulnérables (Ehpad) afin de redéfinir les prestations relatives aux soins, à l'autonomie et à l'hébergement et leurs financements respectifs.

*Il convient de ne faire supporter au résident que les seules charges correspondant à l'hébergement, à l'exclusion de la dépendance et des soins qui relèvent de la solidarité.*

**Un nouveau champ de protection sociale à organiser**

Il ne s'agit pas de mettre en place une « sécurité sociale bis », ni de trouver une réponse à la problématique des ressources comme c'est le cas pour le minimum vieillesse ou l'allocation adulte handicapé. Il s'agit de compléter les dispositifs existants d'un droit nouveau touchant à l'autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Aujourd'hui, ce champ reste traité par des prestations diversement adaptées sous l'angle de la « dépendance » et du handicap. Le système montre tous les signes de l'essoufflement tant qualitativement que financièrement.

*Par ailleurs, ce nouveau champ de protection sociale constituera un levier important de dynamisme économique : créations d'emplois non délocalisables, facteur de soutien de la consommation de biens et services (dispositifs d'aide à la personne, domotique, services à domicile personnalisés...).*

**Un droit universel quels que soient l'âge et l'origine du besoin d'aide à l'autonomie**

Le nouveau champ de protection sociale pour l'autonomie devra bénéficier à toute personne quel que soit son âge et quelle que soit l'origine du besoin d'aide à l'autonomie. L'universalité de ce droit est un principe fondamental. Soulignons à cet égard que la loi de 2005 prévoyait déjà la convergence des dispositifs existants en matière d'aide à l'autonomie tels que la prestation compensation handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Celle-ci devait prendre effet au 1<sup>er</sup> janvier 2010. L'inscription dans la loi d'un principe d'universalité ne suffira pas : elle doit s'accompagner d'une programmation, d'engagements clairs afin que les personnes en situation quel que soit leur âge bénéficient sans discrimination de dispositifs efficaces pour répondre à un besoin d'aide identifié, évalué et mis en œuvre par un plan personnalisé de compensation. Au-delà de ce principe, une priorité peut être donnée dans l'action pour améliorer rapidement la situation des personnes les plus âgées requérant des soins de longue durée au sens le plus large.

### Expression de la solidarité nationale...

À l'image de la santé, l'autonomie n'est pas un bien comme un autre. La solidarité nationale doit s'exprimer dans toutes ses dimensions redistributrices et s'appuyer sur un **socle de financement public prépondérant**, mais également sur un dispositif de gouvernance **qui puisse garantir l'égal accès de tous à des prestations de compensation de qualité**.

Il en va de notre pacte social, de l'adhésion aux valeurs républicaines.

La solidarité nationale pourrait ainsi être mobilisée pour assurer le cadre et le financement du droit universel à compensation de la perte d'autonomie selon diverses modalités :

- l'augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) et de l'élargissement de l'assiette de cotisation aux retraités imposables ;
- l'élargissement de la CSA aux revenus de l'activité non salariée ;
- la réforme de la fiscalité permettant de lever des recettes supplémentaires basées notamment sur l'ensemble des droits de succession.

*À cet égard, si la solidarité ne fait pas disparaître toute notion de risque individuel et personnel, le recours sur succession (reprise du patrimoine) ou le gage sont deux écueils à éviter. En effet, il s'agirait d'une « double peine » supportée par des personnes déjà fragilisées. Le recours sur succession a par ailleurs conduit à l'échec de la prestation spécifique dépendance (PSD) tant l'auto-exclusion des plus fragiles du dispositif n'avait fait que renforcer les inégalités en matière de réponse à la perte d'autonomie.*

### ... renforcée par un partenariat avec le secteur privé de la prévoyance, de l'assurance et de la mutualité

**La solution assurantielle ne doit pas être une alternative à la solidarité nationale.** En complément du socle de financement alimenté par les contributions sociales et fiscales, la solidarité peut également se mettre en œuvre au travers d'un **dispositif assurantiel incitatif**.

Dans le cadre d'un partenariat avec le secteur de la prévoyance, de l'assurance et de la mutualité, la possibilité d'introduire un **produit de couverture complémentaire** doit être envisagée.

Les conditions de réussite de ce partenariat sont multiples. Il s'agit d'innover pour la construction d'un nouveau modèle de protection. Cela suppose que soit passé un contrat clair entre les pouvoirs publics et le secteur privé permettant un partage des outils d'évaluation, la certification de la qualité du déclenchement et de la vie des contrats d'assurance (éligibilité et prestations minimales définies par l'État, outils et méthodes d'évaluations partagés).

### Un dispositif dont la gouvernance doit être assurée par la CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a fait preuve en quelques années de sa légitimité grâce à :

- sa compétence dans la gestion des crédits d'ores et déjà alloués au secteur médico-social ;
- son expertise développée sur le thème de l'autonomie (outils d'évaluation, coordination des prestations par le biais de l'animation du réseau des MDPH, etc.) ;
- sa capacité d'animation dans le cadre de compétences relevant à la fois du pouvoir déconcentré (ARS) et du pouvoir décentralisé (conseils généraux) ;
- sa vocation de coordination des politiques publiques et notamment du volet santé/social au travers du comité national de pilotage des ARS doit être reconnue et développée.

### La FHF, un opérateur déterminant dans le champ de la santé et de l'autonomie

**La FHF est un lieu de partage et de défense des valeurs de qualité et de service public** : égalité, accessibilité, adaptabilité, continuité et qualité, dans le cadre d'un projet de santé globale alliant choix individuel, solidarité et responsabilité.

**La FHF est le représentant des établissements sanitaires et médico-sociaux publics** qui constituent la majorité de l'offre en Ehpad. Elle promeut une stratégie de groupe publique de l'offre sanitaire et médico-sociale (plates-formes de services, filières, groupements de coopération et communautés hospitalières de territoire).

Elle se veut le vecteur de diffusion d'une culture de l'accompagnement de la personne, c'est-à-dire d'une prise en charge globale qui nécessite de nouvelles approches de la santé pour tous les professionnels.

## 02

### LES APPELS À PROJET

Le décret réformant la procédure d'autorisation administrative pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux a été publié le 26 juillet 2010 (décret n°2010-870). La nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2010.

Elle supprime l'avis des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) et prévoit que désormais les autorités compétentes (ARS, conseils généraux) délivreront les autorisations à l'issue d'un appel à projet qui sera lancé sur la base d'un cahier des charges. La décision d'autorisation sera rendue après classement des projets par une commission de sélection des appels à projet placée auprès de chaque autorité. Les promoteurs disposeront de 60 à 90 jours pour répondre à l'appel à projet.

#### L'arrêté du 30 août 2008 fixe le contenu minimal du dossier de réponses aux appels à projets :

- un dossier relatif aux démarches et procédures propres à garantir la qualité de la prise en charge comprenant :
  - un avant-projet du projet d'établissement ou de service,
  - l'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers,
  - la méthode d'évaluation prévue,
  - le cas échéant, les modalités de coopération envisagées en application de l'article L. 312-7 du CFAS ;
- un dossier relatif aux personnels comprenant une répartition prévisionnelle des effectifs par type de qualification ;
- selon la nature de la prise en charge ou en tant que de besoin, un dossier relatif aux exigences architecturales comportant :
  - une note sur le projet architectural,
  - en cas de construction nouvelle, des plans prévisionnels qui peuvent, conformément à la réglementation qui leur est applicable, ne pas être au moment de l'appel à projet obligatoirement réalisés par un architecte.

Mais il paraît plus judicieux en cas de construction ou de rénovation lourde de faire appel à un architecte en amont pour avoir un meilleur chiffrage des coûts prévisionnels ;

- un dossier financier :
  - les comptes annuels consolidés de l'organisme gestionnaire lorsqu'ils sont obligatoires,
  - le programme d'investissement prévisionnel,
  - en cas d'extension ou de transformation d'un établissement ou d'un service existant, le bilan comptable,
  - les incidences sur le budget d'exploitation de l'établissement ou du service du plan de financement mentionné ci-dessus,
  - le cas échéant, les incidences sur les dépenses restant à la charge des personnes accueillies ou accompagnées,
  - le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement ou du service pour sa première année de fonctionnement.

Les listes d'attente des projets en attente de financement devraient disparaître puisque les projets autorisés seront immédiatement financés.

La FHF a quelques inquiétudes sur cette nouvelle procédure, notamment pour les appels à projet de création de nouveaux lits dans le champ de la gérontologie et du handicap. En effet, les promoteurs publics sont soumis à des contraintes – code des marchés publics, autonomie des structures, taille des établissements, etc. – qui peuvent faire craindre qu'ils aient du mal à répondre dans les délais impartis aux appels à projet.

#### ➔ Les actions de la FHF

La FHF, avec sa filiale commerciale SPH Conseil, réfléchit à une solution pour aider les établissements ou les regroupements d'établissements (GCS ou GCSMS) qui se porteraient volontaires pour répondre à des appels à projet dans leur région. La FHF et SPH Conseil ont mis en place un groupe de travail pour proposer des solutions concrètes à ce sujet au premier semestre 2011. En attendant, la FHF préconise aux établissements de réfléchir dans les régions à la manière dont ils pourraient s'organiser pour répondre à ces appels à projet dans le cadre d'une « stratégie de groupe », en se regroupant par exemple au sein de GCSMS pour poursuivre ce but.



## 02

## LES COOPÉRATIONS

Depuis plusieurs années, la FHF encourage ses adhérents à travailler ensemble et à coopérer :

- pour favoriser les complémentarités entre secteur sanitaire et secteur médico-social (filières gériatriques et du handicap) ;
- pour mutualiser des postes plus difficiles à recruter sur des temps incomplets : psychologues, médecins coordonnateurs, ergothérapeutes, kinésithérapeutes... ;
- pour partager des fonctions logistiques ou médico-techniques : blanchisserie, restauration, compétences techniques, PUI...

Des outils juridiques sont à la disposition des établissements GCS et GCSMS.

Dans le cadre de la nouvelle procédure de l'appel à projet, la FHF encourage également ses adhérents à se regrouper pour, demain, pouvoir répondre ensemble aux appels à projet qui seront lancés par les conseils généraux et par les ARS.

La FHF souhaite, avec l'aide des régions, mettre en place un suivi des coopérations, afin de faciliter le partage d'expériences sur le territoire. Elle est en train également de réaliser une boîte à outils à l'attention des établissements pour les aider à mettre en œuvre une coopération.

La FHF a par ailleurs publié deux ouvrages à ce sujet : *Atlas des coopérations*, édition 2010, et *Atlas hospitalier et médico-social de la FHF*, édition 2007-2008. Ces ouvrages peuvent être commandés sur le site de la FHF : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

## LA CONVERGENCE TARIFAIRE EN EHPAD

La FHF y est depuis toujours opposée.

Elle a obtenu avec les autres fédérations un aménagement pour les établissements dont le taux de convergence est inférieur à 10 % et pour lesquels la dotation soin peut augmenter au-delà de 0,5 %. Mais la conséquence est directe pour les établissements dont la dotation soin est supérieure au plafond : une évolution de la dotation 2009 bloquée à +0,5 % et un retour au plafond à échéance 2016 par diminution progressive des moyens en soins.

Neuf cents établissements sont concernés dont 38 % dans le secteur public.

C'est le principe même du plan Solidarité Grand Âge et le contrat qu'il engageait qui sont abandonnés.

Or les Ehpads publics en situation de convergence sont très loin d'être « riches » puisque :

- 35,5 % des Ehpads publics en convergence ont des taux d'encadrement inférieurs à 0,3 soignant pour un résident ;
- 58,8 % des Ehpads publics en convergence ont des taux d'encadrement compris entre 0,3 et 0,6 soignant pour un résident ;
- seulement 3,9 % des Ehpads publics en convergence ont des taux d'encadrement supérieurs à 0,6 soignant pour un résident

Rappelons qu'un ratio d'encadrement de 0,6 soignant par résident est le minimum nécessaire pour assurer des soins de qualité aux résidents<sup>2</sup>.

La conséquence directe de ce mécanisme de convergence est une diminution des moyens en personnel soignant.

2. Sécurité et qualité dans le secteur des personnes âgées : produire des indicateurs de qualité associés à des indicateurs de résultats, SNGC/FHF, avril 2009. Disponible sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) → Dossiers → Vieillesse-handicap → Qualité-bien-être-recommandations de bonnes pratiques.

## 02

### ➔ Les actions de la FHF

Outre les négociations avec les pouvoirs publics, la FHF a produit en avril 2009 avec le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) des indicateurs de qualité qui montrent pourquoi un ratio d'encadrement soignant est nécessaire pour garantir une qualité des soins auprès de personnes âgées en perte d'autonomie.

Grâce à une enquête rapide auprès de ses adhérents, la FHF a pu montrer à la CNSA que ses premières estimations d'établissements touchés par la convergence étaient fausses. La CNSA a revu à la hausse ses prévisions passant de 496 établissements à 900.

La FHF est en train de créer le premier module de la Banque de données hospitalière de France (BDHF) consacré aux Ehpad. Ce module est à compléter par les établissements en même temps qu'ils remplissent l'annuaire [www.maisons-de-retraite.fr](http://www.maisons-de-retraite.fr), site Internet à destination du grand public. Certaines des données complétées ne servent qu'à alimenter le module BDHF « Ehpad » qui permettra à la FHF de suivre notamment les évolutions des établissements au regard de la convergence, de mieux défendre les intérêts et permettra aux établissements d'avoir quelques repères cibles de négociation avec leurs autorités tarifaires.

La FHF a également déposé un amendement PLFSS 2011 visant à supprimer la convergence. Même si elle n'a pas obtenu gain de cause sur ce point, cela a permis de sensibiliser les parlementaires.

Elle demande par ailleurs à ce que la gouvernance des coupes Pathos (outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées) soit revue car le plus souvent les coupes sont revues à la baisse de manière importante (50 à 100 points) par les médecins conseils de l'assurance maladie.

Enfin, la FHF a proposé que, compte tenu de la situation économique difficile, les créations de places et de services soient ralenties, de sorte de continuer à pouvoir financer de manière correcte les établissements et services existants.

### ✔ Les recommandations de la FHF

Il est recommandé aux établissements de sensibiliser leurs élus et leurs instances sur ce sujet. Au niveau national, la FHF est en accord sur ce sujet avec l'Unipss, l'Adpa, la Fnadepa, la Fnaccpa, la Mutualité française. Il est donc tout à fait possible d'imaginer des accords également en région notamment pour travailler avec les élus.

Par ailleurs, la FHF encourage ses adhérents à créer des places de pôle d'activités et soins adaptés (Pasa) pour limiter les effets négatifs de la convergence. Les établissements peuvent également envisager de passer en tarif global si leurs simulations sont favorables ou de faire évoluer le profil des résidents qu'ils accueillent pour augmenter leur groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP) et leur PMP.

La FHF Provence-Alpes-Côte-d'Azur a réalisé un document très complet de recommandations disponible sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

## LA CONVERGENCE TARIFAIRE EN USLD

Comme pour les Ehpad la FHF est opposée à la convergence tarifaire en unité de soins de longue durée.

En effet, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, les lits USLD redéfinis existants ont été confirmés dans leur vocation sanitaire, suite à l'opération de partition qui s'est étalée sur trois exercices (2007, 2008 et 2009). La confirmation de cette orientation sanitaire s'est traduite par une allocation budgétaire plus favorable à celle retenue pour les lits « transformés » en lits d'Ehpad au cours de cette opération, allocation justifiée par l'accueil de personnes âgées très malades dans les lits d'USLD.

Or, la mise en œuvre du dispositif de convergence de manière strictement identique au dispositif applicable aux Ehpad soulève une incompréhension importante sur l'intérêt même du processus de partition. La convergence ne se justifie pas dans la mesure où les personnes âgées hospitalisées en USLD sont des personnes malades ne pouvant pas être hébergées en Ehpad. Réduire les moyens des USLD conduira, d'une part, à licencier des personnels soignants et compromettra, d'autre part, les possibilités d'hospitalisation des patients dans les territoires. C'est alors toute la filière gériatrique qui se trouvera mise en cause. Car les USLD sont particulièrement touchées par la convergence : 70 % seraient concernées et cela pour un budget moyen équivalent à 28 % de leur budget soins.

Le développement des maladies chroniques, l'allongement de la durée de la vie nécessitent des réponses coordonnées et diversifiées. Les USLD redéfinies, à condition d'être soutenues dans leur fonctionnement, constituent une part de la réponse aux besoins de soins les plus complexes au long cours.

### ➔ Les actions de la FHF

La FHF a saisi le ministre de ce problème en septembre 2010.

Elle a également déposé un amendement du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2011 visant à supprimer cette convergence. Même si elle n'a pas obtenu gain de cause sur ce point, cela lui a permis de sensibiliser les parlementaires.

Enfin, la FHF a intenté un recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'État visant à faire annuler l'arrêté du 8 décembre 2010 qui organise la convergence tarifaire en USLD alors que la loi dispose que c'est un décret en Conseil d'État qui doit prévoir ces modalités.

### ✔ Les recommandations de la FHF

Il est recommandé aux établissements de sensibiliser leurs élus et leurs instances sur ce sujet. Par ailleurs, la FHF encourage également ses adhérents à créer des places d'unité d'hébergement renforcé (UHR) et de pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) pour limiter les effets négatifs de la convergence. Il est possible également de revoir la politique d'admission pour faire augmenter le PMP et le GMP.

## LA TARIFICATION À LA RESSOURCE

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2009 a abrogé le cadre réglementaire (cadre budgétaire) pour les Ehpad à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2010, un décret dit « tarification à la ressource » devant préciser le nouveau cadre, décret toujours non paru à ce jour. Le projet de décret introduit un changement de logique : il fait passer d'une logique d'approbation des dépenses (charges) à une logique de budget assis sur la ressource.

Le projet de décret propose des évolutions importantes : forfaitisation et convergence, mais sans repères quantitatifs (sur les niveaux de dotations et de tarifs) ni qualitatifs (pas d'évaluation opposable) et sans système d'information permettant le recueil et le suivi des données ou encore l'analyse de la dispersion des tarifs. En outre les modalités de gouvernance ne sont pas claires : l'outil de tarification Pathos est géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), les conseils généraux sont responsables des tarifs dépendance. Nul ne sait vraiment de quoi « le 5<sup>e</sup> risque » sera fait demain.

Le projet de décret prévoit la suppression de la procédure budgétaire classique et le passage à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) à partir de 2013 avec une tarification à la ressource organisée de la manière suivante :

- un forfait global de soins calculé sur la base du GMPS auquel pourront s'ajouter d'autres forfaits : pour l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, les Pasa, les transports... ;
- un forfait global dépendance fixé par le président du conseil général. Progressivement les conseils généraux pourront ramener tous les forfaits dépendance à la moyenne départementale ;
- un tarif hébergement fixé par le président du conseil général pour les établissements habilités à l'aide sociale qui évoluera ensuite annuellement en fonction d'un taux fixé par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).

Le projet de décret prévoit également que les charges afférentes aux aides-soignants puissent à titre expérimental déroger à la règle du « 70/30 » mais à enveloppe constante pour l'assurance maladie. Pour le moment, la FHF ayant été entendue, ce projet est en attente des conclusions des débats sur la dépendance.

### ➔ Les actions de la FHF

Toutes les organisations professionnelles, dont la FHF, ainsi que l'Association des départements de France (ADF), ont voté contre ce projet de décret en Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss) pour le volet social, dans la mesure où ce texte n'améliore en rien la situation pour les résidents (reste à charge), ne modifie quasiment pas la répartition des charges entre dépendance et soins, et risque de conduire à une raréfaction des recettes avec la fixation de tarifs plafonds sur le soin et sur la dépendance.

En sus, il est légitime de s'interroger sur l'utilité de cette réforme au moment où la mise en œuvre d'un « 5<sup>e</sup> risque » est annoncée, mise en œuvre qui conduira à réformer à nouveau la tarification des Ehpad.

## LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES SSIAD

Une réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) devrait intervenir en 2012 pour tenir compte dans l'allocation des moyens aux Ssiad de leur activité et de la lourdeur en soins des malades pris en charge.

### ➔ Les actions de la FHF

La FHF, avec de nombreuses organisations\*, est à l'origine de la demande de cette réforme. Il s'agissait pour eux de mieux financer les Ssiad afin qu'ils puissent prendre en charge des malades requérant des soins lourds. Elles ont obtenu en juillet 2010 que l'entrée en vigueur de la réforme soit repoussée de 2011 à 2012 afin de disposer de données actualisées sur les Ssiad et de tester le nouveau modèle tarifaire.

Une enquête auprès de tous les Ssiad était prévue entre le 18 octobre et le 12 novembre 2010 sur une semaine de référence. Mais le collectif réunissant toutes les organisations représentant les Ssiad dont la FHF a appelé ses adhérents à reporter leur participation à l'enquête, le temps d'obtenir les assurances suivantes sur la réforme :

- paramétrage et financement ;
- enquête nationale de coûts réalisée par la CNSA ;
- mise à disposition des données de l'enquête ;
- projet de décret de réforme non paru avant les résultats de l'enquête ;
- prise en compte de la question des places de Ssiad pour personnes en situation de handicap.

Une fois les assurances obtenues, le collectif a appelé ses adhérents à participer.

Par ailleurs, la FHF a mis en place un groupe de travail technique sur ce sujet pour suivre les données de l'enquête, leurs résultats et anticiper les effets de la réforme.

\*La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), l'Association des directeurs au service des personnes âgées (Adpa), l'Union nationale des associations et services de soins infirmiers (Unassi), l'Adessa (réseau des associations d'aide à domicile), l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (Unccas), le Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques (Gihp), la Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire/Confédération syndicale des familles (Fnaapf/CSF), l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss), l'Association des paralysés de France (APF), l'Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA) et Familles rurales.

## 02

### LE DÉPLOIEMENT DU PLAN ALZHEIMER (UHR/PASA)

Les UHR et Pasa sont prévus par le plan Alzheimer 2007-2012, précisé par la circulaire du 6 juillet 2009 (annexes - cahiers des charges), l'instruction DGCS/Dhos du 7 janvier 2010, l'instruction Dhos du 23 février 2010.

Les objectifs de création de places d'ici à 2012 sont de :

- 5 000 places d'UHR pour des personnes âgées présentant des troubles du comportement très importants, soit 417 unités de 12 places dont un tiers en Ehpad et deux tiers en USLD. Les UHR en USLD sont financées au forfait (40 000 euros par unité, hors convergence tarifaire) et peuvent bénéficier d'une aide à l'investissement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) de 50 000 euros. Les UHR en Ehpad sont financées sur la base de l'outil Pathos (environ 20 000 à 27 000 euros par place selon l'option tarifaire retenue, hors convergence tarifaire). Les aides à l'investissement se font par l'intermédiaire de la CNSA. Dans les deux cas, les UHR sont habilitées par l'ARS ;
- 25 000 places de Pasa, uniquement en Ehpad, permettant l'accueil pendant la journée de personnes souffrant de troubles de comportement modérés, soit 1 785 pôles regroupant 14 places et pouvant accueillir par rotation 1 à 3 personnes sur chaque place (soit l'accueil de 75 000 personnes potentiellement). Les Pasa sont financés pour le moment au forfait : 63 800 euros pour 14 places, 54 686 euros pour 12 places, hors convergence tarifaire. Les aides à l'investissement se font par l'intermédiaire de la CNSA. Ce sont les ARS qui habilitent les Pasa.

Ces dispositifs viennent répondre en partie aux besoins des résidents en Ehpad : en effet, la dernière enquête Ehpa montre que les trois quarts des résidents ont des problèmes de cohérence et de communication, soit 375 000 personnes.

Toutefois, ils interviennent en même temps que la mise en œuvre du dispositif de convergence tarifaire et risquent dans un certain nombre d'établissements d'être mis en place à moyens constants. La FHF participe au comité de pilotage sur la mise en œuvre de ces deux dispositifs et sera vigilante sur ce point.

#### ✓ Les recommandations de la FHF

Elle encourage par ailleurs, ses adhérents à déposer des dossiers de demande de Pasa pour améliorer les conditions d'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et limiter les effets de la convergence le cas échéant.

En revanche, elle recommande à ses adhérents d'être vigilants sur leur demande de créations de places d'UHR qui nécessitent le déploiement de personnel et des locaux adaptés pour pouvoir être mises en œuvre.

## 03 LA REPRÉSENTATION DE LA FHF AU SEIN DES INSTANCES NATIONALES MÉDICO-SOCIALES

La FHF participe à sept instances nationales (voir la liste des personnes représentant la FHF dans les différentes instances nationales en annexe).

### Le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Le CNCPH a une double mission :

- assurer la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant ;
- évaluer la situation du handicap et formuler des avis et propositions pour l'améliorer.

Il est consulté sur tous les projets de loi et de décrets relatifs aux personnes handicapées. Le CNCPH se réunit environ huit fois par an. Très actif au moment du projet de loi sur le handicap en 2004 puis sur les décrets d'application de la loi suite à sa parution en février 2005, le comité est moins entendu aujourd'hui. Il est présidé par Patrick Gohet, ancien délégué interministériel aux Personnes handicapées. Le CNCPH anime six groupes de travail thématiques : accessibilité ; compensation et ressources ; organisation institutionnelle ; métiers du service et handicap ; santé, accès aux soins, détresse psychique ; grande dépendance. Des représentants de la FHF y participent. Les travaux sont en cours pour le moment.

### L'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (Anesm)

L'Anesm a pour mission d'habiliter les organismes chargés de l'évaluation externe et d'assurer le suivi de l'évaluation interne et externe réalisée au sein des établissements et services médico-sociaux. Elle intervient en appui de leur démarche pour :

- valider, élaborer ou actualiser des procédures, références et recommandations<sup>3</sup> de bonnes pratiques professionnelles et les diffuser ;
- définir et mettre en œuvre la procédure d'habilitation des organismes indépendants chargés de l'évaluation externe ;
- favoriser et promouvoir toute action d'évaluation ou d'amélioration de la qualité des prestations délivrées dans le domaine social ou médico-social.

Au sein de cette instance, la FHF siège :

- au comité d'orientation stratégique : instance d'échange et de concertation, il participe à l'élaboration du programme de travail. Il s'organise en sections pour aborder des thématiques spécifiques : personnes âgées, handicap, enfance et exclusion. Il donne son avis sur les recommandations de l'Anesm ;
- au conseil d'administration : instance de gestion qui valide le programme de travail et le budget.

### Les actions de la FHF

La FHF intervient chaque fois que nécessaire pour rappeler que la qualité ne peut pas toujours se faire sans moyens, elle l'a notamment fait lors de l'adoption de la recommandation sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social

La FHF souhaite par ailleurs que la procédure d'habilitation des organismes d'évaluation externe puisse évoluer. En effet, à ce jour plus de 700 organismes\* ont été habilités. En réalité, la procédure d'habilitation s'apparente plus à une procédure d'agrément qualité qu'à une procédure d'habilitation. Ce sera ensuite aux établissements, lorsqu'ils mèneront leur procédure d'évaluation externe de dénoncer auprès de l'Agence les organismes qui ne répondraient pas au cahier des charges fixé par le décret du 15 mai 2007. La FHF souhaite que la procédure d'habilitation en devienne vraiment une et que ce soit l'Anesm qui en soit réellement chargée. En attendant et pour aider les établissements à choisir au mieux leur organisme d'évaluation externe, la FHF a réalisé, grâce à l'aide de la FHF IDF, un cahier des charges type (règlement de consultation et CCP) ainsi qu'une grille d'analyse des offres accompagnée de quelques conseils. Ces documents sont disponibles sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

Enfin, la FHF a écrit plusieurs fois aux ministres et à la DGCS pour s'enquérir des modalités de financement de l'évaluation externe, notamment en Ehpad, et a proposé que cette dépense puisse être mutualisée entre établissements et gérée par l'Anesm et ne soit pas supportée que par les résidents et par leur famille mais partagée entre les trois sections tarifaires.

\*Liste des organismes habilités sur [www.anesm.fr](http://www.anesm.fr).

3. Toutes les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles sur le site de l'Agence : [www.anesm.fr](http://www.anesm.fr)

## 03

### La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss)

Le Cnoss est un comité consultatif qui donne des avis sur les projets de textes réglementaires relatifs aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services, sur le projet de schéma au niveau national pour les établissements ou services sociaux et médico-sociaux. En outre, la section sociale du Cnoss se réunit au moins une fois par an en formation élargie en vue d'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution et de proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale. Tous les cinq ans, elle élabore un rapport qui est transmis à la CNSA, au gouvernement et aux autorités locales concernées. La FHF détient deux sièges au titre des :

- institutions accueillant des personnes en difficulté sociale ;
- institutions accueillant des personnes âgées.

Récemment, la FHF a été amenée à se prononcer favorablement pour les projets de décrets relatifs au médecin coordonnateur, à la commission de coordination dans les Ehpad, à l'intervention des professionnels de santé libéraux en Ehpad. En revanche, elle s'est prononcée contre le projet de décret de réforme tarifaire et financier des Ehpad.

Enfin, la FHF vient d'adresser un courrier à la Direction générale de la cohésion sociale pour lui demander d'assurer un meilleur fonctionnement du Cnoss section sociale, l'année 2010 ayant été marquée par de nombreuses annulations de séances, séances sans quorum, demandes de votes sur des textes non actualisés ou en l'absence du rapporteur du texte...

### La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La CNSA est chargée de répartir les crédits des Ondam médico-sociaux personnes âgées et personnes handicapées et du jour férié aux établissements et services médico-sociaux, d'une part, et aux conseils généraux, d'autre part, dans le cadre de sa participation au financement de l'APA et de la PCH. La CNSA exerce également des missions d'« agence », d'appui technique. Elle finance la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire, et assure une mission d'expertise, d'information et d'animation. La FHF siège au sein :

● **des quatre commissions préparatoires au conseil de la CNSA** qui ont un rôle d'élaboration et de réflexion préalable sur les thèmes abordés en séances plénières :

- aides à la personne (orientation, évaluation),
- établissements, services médico-sociaux et aides en milieu ordinaire de vie,
- partenariats et prospective (convention avec les organismes relevant des champs gérontologique et du handicap),
- commission des finances pour permettre un dialogue en amont des arbitrages budgétaires des lois de financement de la sécurité sociale ;

● **du conseil de la CNSA** qui regroupe tous les acteurs du champ du médico-social. Il définit les grandes orientations de la CNSA, et délibère sur les principes directeurs de ses activités et vote chaque année son budget. Pour la deuxième année consécutive, la FHF, avec les autres organisations du secteur de la gérontologie et du handicap (GR 31)<sup>4</sup> a voté contre le budget de la CNSA pour les raisons suivantes :

- le taux de reconduction des moyens est fixé à 1 % sur les seules dépenses des personnes en situation de handicap et à 1,02 % pour le secteur des personnes âgées. Ce taux est notoirement insuffisant dans la mesure où les estimations sont plutôt de 2,3 %. Cette sous-évaluation se traduira nécessairement par une baisse des moyens en valeur absolue dans l'ensemble des établissements et services de soins à domicile concernés ;

4. Le GR31 regroupe les 31 organisations représentatives des personnes âgées, des personnes handicapées ou œuvrant à leur égard qui siègent au conseil de la CNSA. Il s'est donné pour mission de préparer le positionnement des organisations précitées dans les débats du conseil de la CNSA et de contribuer à l'édification d'un nouveau risque de protection sociale pour l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- la convergence tarifaire dans les Ehpad qui est entrée en 2010 dans une phase active de réductions de moyens pour les établissements concernés est inadmissible. Il s'agit de récupérer quelque 13 millions d'euros. Or, ce dispositif est néfaste pour les établissements puisqu'il laisse supposer que certains établissements pour personnes âgées disposeraient de trop de moyens notamment en personnels. Pourtant cette assertion est fautive, les taux d'encadrement en personnel soignant restent insuffisants pour répondre aux besoins de soins requis par les personnes âgées. Ils ne sont en effet que de 0,5 agent pour un résident, alors que le plan Solidarité Grand Âge préconise qu'ils progressent à un agent pour un résident d'ici à la fin du plan, du moins pour ceux qui accueillent les personnes les plus en manque d'autonomie. La convergence tarifaire n'est donc pas justifiée dans le secteur des Ehpad et son application conduira à supprimer des postes de soignants, alors qu'ils sont déjà insuffisamment nombreux. Elle n'est pas davantage légitime dans les USLD sanitaires dans la mesure où les personnes âgées hospitalisées en USLD sont des personnes malades ne pouvant pas être hébergées en Ehpad. Réduire les moyens des USLD conduira, d'une part, à licencier des personnels soignants et, d'autre part, compromettra les possibilités d'hospitalisation des patients dans les territoires. C'est alors toute la filière gériatrique qui se trouvera mise en cause. Enfin, le mécanisme est durablement injuste pour les Ehpad et les USLD car il repose sur des coupes Pathos qui sont très souvent revues à la baisse par les médecins conseil à l'occasion des validations de coupe ; de ce fait des établissements qui n'étaient pas à l'origine en situation de convergence, a priori, se retrouvent concernés après leur coupe. Enfin le mécanisme est incompréhensible : en effet, il est prévu qu'il rapporte 13 millions d'euros en 2011, mais cette somme n'est pas redéployée pour financer la médicalisation d'établissements qui ne le seraient pas assez mais pour abonder l'enveloppe de reconduction de moyens des établissements déjà existants. En outre, pendant que ces 13 millions d'euros sont repris aux établissements, une nouvelle opération de réaffectation à l'Ondam général de 100 millions d'euros est engagée sur le budget 2010 de la CNSA, après les 150 millions d'euros de débasage en 2009 ;

- la construction mensongère de l'objectif global de dépenses (OGD) : pour les personnes âgées, celui-ci repose a priori sur une reprise des provisions de la CNSA à hauteur de 112 millions d'euros, ce qui ne permettra pas de mettre en œuvre le plan d'aide à l'investissement (PAI), et reprend 67 millions d'euros sur le gel des crédits d'assurance maladie pour permettre le financement des places autorisées (ce ne sont donc pas des crédits nouveaux...), soit un OGD qui n'augmente que de 4,9 %.

De la même manière, pour les personnes en situation de handicap, la construction de l'OGD reprend 96 millions d'euros sur les gels des crédits d'assurance maladie pour permettre le financement des places autorisées, 18 millions d'euros de transfert de l'enveloppe de soins de ville au titre des frais de transport dans les MAS et FAM et 60 millions d'euros de transfert aux départements au titre de l'amendement Creton, soit un OGD qui ne progresse que de 3,9 %.

Cette construction de l'OGD est d'autant plus préoccupante qu'elle ne prend pas en compte la globalité des effets de la sous-valorisation de nombreuses enveloppes régionales ARS suite à la réfaction excessive opérée en 2010 (créations de places engagées mais non financées ; conventions tripartites Ehpad signées en 2009 à effet 2010).

D'autres mesures prises en 2010 viennent directement impacter le budget des établissements et services et auront de lourdes répercussions sur 2011 : la suppression de l'usage des crédits non reconductibles à d'autres fins que les actions non pérennes (actions de formation), ainsi que la suppression des crédits destinés au rebasage budgétaire dans le cadre de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le gel des crédits de médicalisation des Ehpad se traduira par l'absence de renouvellement en 2011 des conventions tripartites, alors que la restitution des excédents de la CNSA à l'assurance maladie a représenté 103 millions d'euros en 2009.

Malgré ce vote négatif, le budget de la CNSA a été adopté grâce au vote favorable des services de l'État. Il laisse présager une campagne budgétaire 2011 difficile. Nous vous recommandons d'informer vos conseils d'administration ou de surveillance de ces difficultés, ainsi que les conseils de la vie sociale.

Enfin, dans le cadre des débats régionaux sur la dépendance qui se tiennent d'avril à juin, la FHF et les autres organisations du secteur de la gérontologie ont préparé une campagne de communication pour dénoncer cette situation budgétaire. À l'occasion de chaque réunion, la presse quotidienne régionale sera alertée.

## 03

### L'Agence nationale d'aide à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap)

L'Anap regroupe les expertises fortes du GMSIH, de la Mainh et de la Meah. Ses missions sont les suivantes :

- l'appui et l'accompagnement des établissements, notamment dans le cadre de missions de réorganisation interne, de redressement, de gestion immobilière ou de projets de recompositions hospitalières ou médico-sociales ;
- l'évaluation, l'audit et l'expertise des projets hospitaliers ou médico-sociaux, notamment dans le domaine immobilier et des systèmes d'information ;
- le pilotage et la conduite d'audits sur la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
- l'appui aux agences régionales de santé (ARS) dans leur mission de pilotage opérationnel et d'amélioration de la performance des établissements ;
- l'appui de l'administration centrale, dans sa mission de pilotage stratégique de l'offre de soins et médico-social ;
- la conception et la diffusion d'outils et de services permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance, et en particulier la qualité de leur service aux patients et aux personnes.

La FHF siège à son conseil d'administration.

Sur le secteur médico-social, la FHF participe aux deux groupes de travail mis en place par l'Anap :

- **un groupe de travail pour développer un tableau de bord partagé pour les ESMS** : il s'agit de répondre aux besoins de connaissance des structures, des financeurs et des ARS. Il s'agit également pour l'Anap d'apporter un appui aux établissements sociaux et médico-sociaux dans le but d'optimiser les processus de décision, de suivi, de reporting et d'évaluation et d'apprécier leur activité au regard de leurs missions et de leur contribution aux politiques publiques. Les travaux sont en cours et une expérimentation aura lieu dans cinq régions ;
- **un autre groupe de travail sur les projets de territoire** : il s'agit pour l'Anap d'accompagner trois territoires de santé pour structurer le parcours des personnes âgées, favorisant les logiques de mutualisation et coordination, valoriser les projets innovants et réaliser un retour d'expériences de coopération sanitaire/médico-sociale. Il s'agit également de recueillir et de documenter les pratiques et organisations innovantes des parcours de personnes âgées.

### Le Centre national de gestion (CNG)

Le comité de sélection des D3S est placé auprès du directeur général du Centre national de gestion (CNG), et est composé de représentants de l'administration et de représentants des professionnels concernés. Il est chargé d'examiner les candidatures aux emplois de direction des ESMS : pour chaque emploi vacant, le comité propose une liste de six candidats au maximum au DG du CNG, qui arrête la liste définitive des candidats et la transmet soit au directeur général de l'ARS, soit au préfet de département. En outre, il apprécie les caractéristiques des périodes de détachement, de disponibilité et de mise à disposition au regard des critères de mobilité pour l'accès au grade et d'avancement. Si vous êtes concernés par ce comité, n'hésitez pas à contacter votre représentant.

### Le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Le FIPHFP est chargé de promouvoir l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique, ainsi que la formation et l'information de tous les acteurs. La FHF siège au sein du comité national, organe délibérant composé des représentants des employeurs publics, des organisations représentatives des salariés et des représentants des associations de personnes handicapées. Instance de réflexion et de délibération, il définit les orientations générales du Fonds, ses principes et lignes directrices et vote son budget.



# 04 ANNEXE

## LES REPRÉSENTANTS DE LA FHF DANS LES INSTANCES NATIONALES MÉDICO-SOCIALES

### Anap

CA, Copil du projet Territoire, comité de suivi du projet  
« Pilotage de la performance dans le secteur MS »

#### TITULAIRE

##### Gérard VINCENT

Délégué général  
Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 41  
g.vincent@fhf.fr

#### SUPPLÉANT

##### René CAILLET

Responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale  
Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 57  
r.caillet@fhf.fr

### Anesm

Comité d'orientation stratégique et conseil d'administration

#### TITULAIRE

##### Murielle JAMOT

Adjointe en charge du secteur social et médico-social  
Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 77  
m.jamot@fhf.fr

#### SUPPLÉANTE

##### Mathilde CRESSENS

Directrice adjointe  
Maison de retraite d'Aulagnier  
28/30 rue Auguste-Bailly  
92600 Asnières  
T 01 40 86 42 42  
mcressens.mraulagnier@orange.fr

### CNCPH

Assemblée plénière

#### TITULAIRE

##### Aline FERRAND-RICQUIER

Directeur  
EPS Erasme  
143 avenue Armand-Guillebaud  
92160 Antony  
T 01 46 74 30 00  
aline.ferrand-ricquier@eps-erasme.fr

#### SUPPLÉANTE

##### Albane TRIHAN

Directrice adjointe  
Institut Le Val Mandé  
7 rue Mongenot  
94165 Saint-Mandé Cedex  
T 01 49 57 70 00  
atrihan@ilvm.fr

### Commissions

#### Accessibilité

##### Albane TRIHAN

Directrice adjointe  
Institut Le Val Mandé  
7 rue Mongenot  
94165 Saint-Mandé Cedex  
T 01 49 57 70 00  
atrihan@ilvm.fr

#### Compensation et ressources

##### Murielle JAMOT (Sujet 5<sup>e</sup> risque)

Adjointe en charge du secteur social et médico-social  
Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 77  
m.jamot@fhf.fr

##### Michel DARDE

Directeur  
Hôpital gériatrique de Plaisir-Grignon  
220 rue Mansart - BP 19  
78375 Plaisir Cedex  
T 01 30 79 57 00  
mdarde@hopital-gms-plaisir.fr

#### Organisation institutionnelle

##### Dominique PERRIOT

Directeur général  
Institut Le Val Mandé  
7 rue Mongenot  
94165 Saint-Mandé Cedex  
T 01 49 57 70 00  
dominique.perriot@institut-le-val-mande.fr

### Groupes de travail

Métiers du service du handicap

##### Michel DARDE

Directeur  
Hôpital gériatrique de Plaisir-Grignon  
220 rue Mansart - BP 19  
78375 Plaisir Cedex  
T 01 30 79 57 00  
mdarde@hopital-gms-plaisir.fr

##### Dominique PERRIOT

Directeur général  
Institut Le Val Mandé  
7 rue Mongenot  
94165 Saint-Mandé Cedex  
T 01 49 57 70 00  
dominique.perriot@institut-le-val-mande.fr

Santé, accès aux soins, détresse psychique

##### Elise GATESOUBE

Directrice adjointe  
Établissement public de santé  
202 avenue Jean-Jaurès  
93332 Neuilly-sur-Marne Cedex  
T 01 43 09 35 84  
e.gatesoupe@eps-ville-evrard.fr

##### Antoine BURNIER

Directeur adjoint  
Établissement public de santé  
Maison Blanche  
6-10 rue Pierre-Bayle  
75020 Paris  
T 01 55 25 35 57  
antoine.burnier@ch-maison-blanche.fr

#### Grande dépendance

##### Antoine BURNIER

Directeur adjoint  
Établissement public de santé  
Maison Blanche  
6-10 rue Pierre-Bayle  
75020 Paris  
01 55 25 35 57  
antoine.burnier@ch-maison-blanche.fr

##### Michel DARDE

Directeur  
Hôpital gériatrique de Plaisir-Grignon  
220 rue Mansart - BP 19  
78375 Plaisir Cedex  
T 01 30 79 57 00  
mdarde@hopital-gms-plaisir.fr

### CNG

Comité de sélection des D3S

#### TITULAIRE

##### Murielle JAMOT

Adjointe en charge du secteur social et médico-social  
Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 77  
m.jamot@fhf.fr

#### SUPPLÉANT

##### Michel DESBIENS

Directeur à la retraite  
T 06 81 65 84 28  
T 02 33 45 60 67  
m.desbiens@orange.fr

### Cross

*Section sociale  
Institutions accueillant des  
personnes en difficulté sociale*

TITULAIRE

#### Murielle JAMOT

Adjointe en charge du secteur  
social et médico-social

Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 77  
m.jamot@fhf.fr

SUPPLÉANT

#### Gaëlle NERBARD

Secrétaire générale

Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 60  
g.nerbard@fhf.fr

*Institutions accueillant  
des personnes âgées*

TITULAIRE

#### René CAILLET

Responsable du pôle organisation  
sanitaire et médico-sociale

Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 57  
r.caillet@fhf.fr

SUPPLÉANTE

#### Zaynab RIET

Directrice

Établissement public de gérontologie  
Hôpital local Jean-Baptiste-Cartry  
12 boulevard Gambetta  
95640 Marines  
T 01 34 67 55 00  
direction@ch-marines.fr ;  
zriet@ch-marines.fr

### CNSA

*Conseil et commissions*

TITULAIRE

#### Christian MOLLER

Directeur

Hôpital local Saint-Alexandre  
14 route de Poitiers  
85290 Mortagne-sur-Sèvre  
T 02 51 65 12 30  
christian.moller@  
hopitalmortagne.com

SUPPLÉANTE

#### Murielle JAMOT

Adjointe en charge du secteur  
social et médico-social

Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 77  
m.jamot@fhf.fr

### FIPHFP

*Comité national*

TITULAIRE

#### Murielle JAMOT

Adjointe en charge du secteur  
social et médico-social

Fédération hospitalière de France  
1 bis rue Cabanis  
75014 Paris  
T 01 44 06 84 77  
m.jamot@fhf.fr

SUPPLÉANT

#### Eric SIMON

Directeur adjoint

Hôpital Bichat  
46, rue Henri-Huchard  
75 018 Paris  
T 01 40 25 83 11  
eric.simon@bch.aphp.fr





1bis, rue Cabanis • CS 41402  
75993 Paris Cedex 14  
**T** 01 44 06 84 44 **F** 01 44 06 84 45  
**E-mail** fhf.fhf.fr

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) • [www.hopital.fr](http://www.hopital.fr) • [www.maisons-de-retraite.fr](http://www.maisons-de-retraite.fr)