

Allocution inaugurale de Géront'Expo-Handicap'Expo

Par Claude EVIN, Président de la FHF

(22 mai 2007)

CIVILITES

Monsieur le Délégué Interministériel

Mesdames et Messieurs les administrateurs

Mesdames et Messieurs les Présidents et Délégués

Régionaux de la Fédération,

Mesdames et Messieurs,

C'est un très grand plaisir pour moi d'ouvrir ce salon Geront Expo Handicap Expo qui s'annonce comme une édition qui fera date à beaucoup d'égards :

- Record de participants,
- De nombre de stands,
- Organisation pour la première fois d'un salon concomitant spécialisé, dédié aux technologies de l'information, qui sera à l'avenir un nouveau facteur d'attractivité.

Nous regrettons seulement que, pour la première fois depuis sa création, cette séance inaugurale sera privé de la présence du Ministre en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, en raison du respect du devoir de réserve imposé aux membres du gouvernement pendant la campagne des élections législatives.

Nous saisissons néanmoins très rapidement le gouvernement des grandes questions qui conditionnent notre avenir.

(J'ai eu hier une conversation téléphonique avec Xavier BERTRAND qui est chargé du secteur des personnes âgées et du handicap, et qui nous recevra très rapidement)

Au moment d'ouvrir cette chronique d'une réussite annoncée, je voudrais remercier tous ceux qui ont permis le succès de ce salon qui n'était – souvenons-nous en !- pas acquis lorsque notre Fédération en a pris l'initiative.

Je pense :

- à PG Promotion, son organisateur

- à tous nos partenaires associatifs – et votre secteur peut s’enorgueillir à juste titre de tant d’engagements personnels et de dynamique collective
- aux sociétés savantes
- aux représentants des professionnels
- aux usagers
- aux media.

Et bien entendu à l’équipe de notre Délégation Nationale, en particulier à David CAUSSE qui a su donner un sens et une cohérence à notre doctrine sanitaire et médico-sociale, et à MURIELLE JAMOT, dont nous regrettons déjà le prochain départ après six années de bons et loyaux services...et trois Geront Expo !

Avant d'effectuer un tour d'horizon synthétique des grandes thématiques qu'il nous faudra porter avec détermination et inventivité au cours des prochains mois, je souhaiterais évoquer le sondage réalisé avec notre partenaire, le « Mensuel des maisons de retraite ».

Les Français ont tout à fait conscience que le vieillissement de la population, / si tragiquement mis en évidence par la canicule de 2003 / la place croissante prise par les maladies chroniques et les handicaps nous obligent à revoir profondément l'organisation et les moyens alloués à notre secteur.

Ils sont attentifs à la place des usagers qui vivent de plus en plus un compagnonnage de long cours avec les établissements et services.

Sensibilisés à ce sujet resté trop longtemps à l'écart des discours publics, ils réclament la mise en œuvre de politiques publiques plus volontaristes.

Encore cette prise de conscience collective, dont il faut se réjouir reste, n'en doutons pas, bien timide.

De la vague démographique, nous ne voyons aujourd'hui que l'écume, tout en sachant que nous serons touchés de plein fouet ! Et il ne suffira pas alors de construire de petites digues pour endiguer le flot.

Les prochaines générations de résidents exigeront davantage et ce n'est que justice !

Mon propos sera articulé autour de cinq idées-forces.

1. Développer l'offre hospitalière et médico-sociale en direction des personnes âgées

2. Continuer à mettre en œuvre la politique du handicap

3. Repenser les modalités de financement

4. Promouvoir les métiers

5. Organiser la « stratégie de groupe » et les coopérations

1. Développer l'offre hospitalière et médico-sociale en direction des personnes âgées

Celle-ci passe par l'objectif d'offrir à chaque personne concernée une continuité de solutions, sans course d'obstacles entre les intervenants.

C'est la logique du plan solidarité grand âge qui travaille sur les trois volets domicile/hôpital/médico-social.

C'est également celle de la conception de filières gériatriques et de réseaux personnes âgées

C'est aussi celle des CLIC.

Celle-ci passe également par une ouverture plus grande aux aidants naturels. Je veux saluer ici les initiatives prises par la CNSA et les réalisations de la fondation Médéric Alzheimer.

Il nous faut donc promouvoir un continuum de solutions diversifiées, en sortant du binaire domicile/établissement, grâce au développement :

- de l'HAD et de l'hospitalisation de jour dans le sanitaire,
- des SSIAD et des services à la personne dans le domaine de la gérontologie ;

Toutes ces orientations ne pourront s'épanouir que si l'on garde présent à l'esprit la nécessité d'une **solvabilisation** des personnes modestes qui ne peuvent par elles-même acquitter le prix des services nécessaires, notamment pour l'hébergement en maison de retraite lorsque celui-ci s'avère indispensable (confer sondage).

2. Continuer à mettre en œuvre la politique du Handicap

La Loi handicap du 11 février 2005 a ouvert un large processus d'évolution qui, pour une part concerne aussi la gérontologie :

- effacement progressif des barrières d'âge enfant handicapé / adulte handicapé / personne âgée dépendante

- création des groupements de coopération sociale et médico-sociale

La FHF a toujours défendu l'idée que les besoins des personnes handicapées étaient comparables à ceux des personnes âgées, en particulier en ce qui concerne la nécessité d'une prise en charge sanitaire et médico-sociale décloisonnée.

C'est pourquoi, à côté de la juste reconnaissance de la discipline gériatrique et de ses outils de soins, nous regrettons que la Médecine Physique et de Réadaptation ne dispose pas de reconnaissance dans la sphère du court séjour, alors que cette discipline a besoin, pour les personnes handicapées, de d'équipements de diagnostic et de traitement.

Pour les personnes handicapées, la mise en place de la prestation de compensation des handicaps (PCH) et celle des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont constitué un réel progrès, en dépit d'une certaine hétérogénéité entre les départements, que compense pour partie le travail remarquable de la CNSA.

En ce qui concerne le sujet très sensible des ressources permettant de garantir l'autonomie des personnes handicapées, notre Fédération a noté avec intérêt que le programme du Président de la République prévoyait la perspective d'une réévaluation de l'AAH à hauteur de 25%...

Puisse cet engagement être tenu dans les meilleurs délais !

3. Repenser les modalités de financement

En ce qui concerne le secteur « personnes âgées », la FHF a salué le plan solidarité grand âge.

Reste à le financer véritablement, à la hauteur des objectifs qu'il énonce.

Or / là où la circulaire de campagne 2007 alloue 450 millions d'euros de ressources nouvelles / ce qui est d'ores et déjà un arbitrage honorable dans le contexte de finances publiques que l'on sait / il est patent qu'il faudrait porter l'effort annuel à 850 millions d'euros, soit 400 de plus par an pour mettre en œuvre les objectifs affichés de ce plan SOLIDARITE GRAND AGE.

Au total, c'est quatre milliard d'euros de ressources nouvelles qu'il nous faudra affecter au financement de ce plan de 2007 à 2012.

Il faut également rééquilibrer le plan de financement de l'APA qui s'est déséquilibré en défaveur des conseils généraux : était prévu à 50/50 ; est passé peu à peu à 75% (Département) /25% (Etat).

Notre Fédération n'aura pas, vous le savez, d'inutile pudeur sur l'origine des financements nouveaux à trouver : une augmentation des prélèvements obligatoires nous paraît inévitable compte tenu du caractère irréaliste d'un financement sur des bases purement individuelles...

Rappelons qu'en province, le reste à charge moyen dans une maison de retraite se situe à 1500 euros par mois, alors que la pension de retraite moyenne s'établit à 1250 euros par mois.

Notre Fédération défend un schéma ambitieux, qui prend en compte les capacités contributives de la personne, patrimoine et revenus, dans une logique de décroisement et de convergence avec le secteur du handicap.

Le schéma de financement des maisons de retraite doit se rapprocher de celui des foyers d'accueil médicalisés pour personnes handicapées.

Par ailleurs, et pour les personnes handicapées, l'effort de création de places nouvelles doit se poursuivre.

De même, l'accessibilité des lieux publics doit être garantie. On construit encore aujourd'hui des restaurants qui ne sont pas accessibles, comme si le délai de 10 ans prévu par la loi de 2005 nous emmenait dans un autre siècle !

4. Valoriser et promouvoir les métiers

Il existe un véritable intérêt dans la population pour les métiers de la gérontologie et du handicap, comme de l'hôpital, pour les Français, comme le montre le sondage TNS Sofres.

Encore faut-il se donner les moyens de valoriser justement ces professions !

Dans les années 60-70, nos établissements ont offert un formidable ascenseur social, vecteur de promotion professionnelle. Force est de constater que cet élan s'est ralenti.

Le sondage TNS Sofres montre que les emplois hospitaliers et médico-sociaux « ont la cote ».

Il faut avoir la volonté de lever les obstacles qui se présentent sur le chemin des jeunes et des moins jeunes qui veulent embrasser ces métiers durables, créateurs de lien social.

- Réduire le coût dissuasif des études d'aide-soignante ou de masseur-kinésithérapeute
- Assurer la promotion de l'apprentissage pour les plus jeunes qui ont besoin de mises en situations concrètes pour se motiver
- Développer la formation en alternance pour des adultes qui peuvent avoir du mal à conjuguer vie familiale et reprise des études

La VAE est également un formidable vecteur pour dynamiser les trajectoires professionnelles.

5. Organiser la modernisation du secteur : investissement, « stratégie de groupe » et coopérations

Chacun dans cette salle a pu faire dans ses fonctions le constat que notre secteur souffre d'un morcellement excessif que ne compense hélas pas l'abondance des moyens...

Lors du débat parlementaire de la loi droit opposable au logement, la FHF a défendu et obtenu avec l'APF et l'UNAPEI la TVA à taux réduit et l'exonération de la taxe foncière pour l'ensemble du secteur médico-social, handicap et gérontologie.

Voilà un formidable atout pour stimuler les investissements et rénover les établissements, sans répercussion excessive sur le reste à charge des personnes hébergées et des conseils généraux.

En outre, la LFSS 2007 a apporté des éléments intéressants avec la possibilité de financement des intérêts d'emprunt par des crédits d'assurance-maladie.

La FHF demande que cet effort de subventions, d'aide à la pierre, et de neutralisation des intérêts puisse être poursuivi.

Elle demande aussi à ce que l'on veille à ce que les services de long séjour, comme les hôpitaux locaux, ne soient pas situés à l'interstice de ces programmes de soutien aux investissements, car ils ont peu bénéficié du plan Hôpital 2007 - et pas encore d'Hôpital 2012 ! -.

Ils pâtissent paradoxalement de leur double rôle, sanitaire et médico-social, alors qu'ils constituent de très utiles passerelles.

Le morcellement des structures / legs de l'histoire / est chaque jour plus problématique. Il ne permet pas à des établissements et à leurs directeurs isolés - lorsqu'il en reste encore un à temps plein ! - de moderniser et de diversifier leur offre, en allant notamment sur le terrain des alternatives à l'hébergement complet.

Sur nombre de sujets, comme la prise en charge des transports au titre d'accueil de jour ou les gérances de tutelle hospitalières et médico-sociales / renouvelées par la loi du 5 mars 2007 / il faut disposer de la taille critique pour mettre en place un projet viable.

Il nous faut donc construire des dynamiques inter-établissements, articulant sanitaire et médico-social, en utilisant par exemple les GCSMS, issus de la loi du 11 février 2005 à la demande de la FHF, outil de rassemblement d'établissements et services médico-sociaux.

La FHF souhaite que les pouvoirs publics, notamment la DGAS, les DRASS et les DDASS, en lien avec les conseils généraux aident les directeurs d'établissements publics à engager sur ce plan des réflexions avec les élus, présidents de conseils d'administration.

Il importe également de ne pas exclure du périmètre de la coopération médico-sociale les pharmacies à usage intérieur.

Nous ne souhaitons pas / naturellement / la disparition des pharmacies rurales, aussi indispensables au maillage du territoire que les hôpitaux locaux et les petits centres hospitaliers dotés d'urgences et de services de médecine.

Mais, pour autant, il n'est pas bon que les résidents soient constitués prisonniers de monopoles. Si ce dossier n'évolue pas positivement /

(J'ai été appelé par le Président de Conseil de l'Ordre hier soir dans cette optique)

A défaut, la FHF n'exclut pas de mobiliser tout le secteur hospitalier public pour approvisionner les ehpad sous la forme juridique de pharmacies à usage intérieur gérés par des GCS.

LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL EST UN ACTEUR INDISPENSABLE DE LA RECOMPOSITION HOSPITALIERE !

De nombreux établissements sanitaires de petite taille vont devoir restructurer leurs activités chirurgicales. Mais il existe de nombreuses opportunités de pivotements d'activité dans :

- le domaine de la médecine et des soins de suite gériatriques, les activités orientées sur le domicile (HAD, SSIAD, services à la personne)
- les activités d'hébergement social et médico-social (maisons de retraite, long séjour redéfini, foyers d'accueil médicalisé pour les adultes handicapés vieillissants).

Encore faut-il accompagner ces évolutions...C'est bien entendu l'objet de la « stratégie de groupe » que chacune de nos fédérations régionales doit promouvoir.

Cela doit être également un axe fort des politiques publiques.

Deux suggestions à ce titre :

- Cesser de tergiverser concernant la redéfinition des soins de longue durée, dont la première année de réforme / 2007 pour une mise en œuvre en 2008 / risque d'être ralentie par le seul fait de ne pas clairement allouer et répartir entre toutes les régions 65 millions d'euros de l'enveloppe hospitalière 2008, pour enfin enclencher le mouvement.

- Proposer aux petits et moyens établissements hospitaliers qui s'interrogent sur le devenir de leur chirurgie un « contrat de changement », sous la forme d'un appel à candidatures lancé par le Ministère avec le concours de la FHF.

Les élus, directeurs et présidents de CME qui accepteraient de s'engager dans une démarche volontaire de redéfinition de leurs activités pourraient alors bénéficier d'un programme de soutien méthodologique et d'un accompagnement financier à la hauteur du processus de changement défini.

Ce contrat pourrait être porté par les futures ARS. Un consensus semble en effet se dégager sur le principe de leur constitution, même si beaucoup de modalités doivent en être précisées.

Cette approche n'est en rien irrespectueuse des mérites et des succès des conseils généraux dans le secteur social et médico-social, avec la réactivité montrée sur l'APA et la PCH.

La proposition de la FHF est :

- que les conseils généraux gardent, en lien avec la CNSA, pleinement leur compétence sur les prestations individuelles d'une part

-qu'ils intègrent les commissions exécutives des nouvelles ARS avec leur expertise et leurs responsabilités relatives aux établissements d'autre part

Souhaitons à ce propos que la répartition des compétences au sein du nouveau gouvernement puisse respecter l'exigence d'une organisation décloisonnée entre sanitaire, médico-social et soins de ville, et être ainsi cohérente avec la dynamique des ARS.

Ceci ne semble malheureusement pas être le cas mais pourra je l'espère être corrigé autour des prochaines semaines, avec des articulations adaptées.

De même le rattachement des comptes sociaux au Ministère des Finances ne nous semble t'il pas garantir la pleine responsabilité du Ministre de la Santé sur son domaine de compétences.

ANS

Avant de conclure, je voudrai rappeler que, cette année, GERONTEXPO HANDICAPEXPO voisine avec HIT, et qu'il est symptomatique de constater qu'alors que le secteur social et médico-social est concerné par le mouvement de modernisation des systèmes d'information, aucune réflexion d'envergure n'y a été menée concernant la mise en place du DMP...

Chassez le cloisonnement, il revient au galop !

Conclusion

Aristide Briand (SAINT NAZAIRE), à qui on reprochait dans les années vingt sa politique d'apaisement vis-à-vis de l'Allemagne, avait eu ce mot célèbre : la France doit faire la politique de sa démographie !

Cette formule me semble bien convenir à la situation que nous connaissons. Oui, la France doit placer le vieillissement au cœur de ses politiques publiques...

Ce n'est pas une réalité désagréable à occulter avec un paravent ou un cache misère, le signe d'un déclin...mais au contraire une évolution qu'il faut regarder avec lucidité en ayant le souci permanent d'assurer l'égalité des droits des personnes.

Chacun sait ici que la route reste encore longue dans ce domaine !

Il faut également s'affranchir des clivages multiples, en parvenant à une intelligence collective des situations individuelles.

C'est notre ambition, le projet que nous formulons, et que nous porterons avec détermination, avec votre soutien !

Je vous remercie... Bon salon !!!