

Grand âge, enfance,
exclusion et handicap
RELEVONS LE DÉFI

Le projet du snch

Avril 2007

Grand âge, enfance, exclusion et handicap **RELEVONS LE DÉFI**

Sommaire

Introduction	2
Fiche 1 Mettre la personne fragile au centre des enjeux politiques	5
Fiche 2 Rompre avec l'hospitalo-centrisme en décloisonnant le sanitaire et le social	7
Fiche 3 Repenser le rôle des établissements sociaux et médico-sociaux	8
Fiche 4 Créer les conditions d'un service public efficient	10
Fiche 5 Moderniser le bâti des établissements	12
Fiche 6 Favoriser un regroupement pragmatique des établissements	13
Fiche 7 Financer la médicalisation des établissements	14
Fiche récapitulative des propositions du snch	16

Ont participé à la rédaction du projet:
Caroline Ruget, Serge Gunst, Christine Khani, Hélène Malterre, Éric Lorton,
Odile Wach, Dominique Boucher, Hélène Debiève,
Jean-Pierre Hibon, Michel Martinez

Des valeurs affirmées...

- > **Accueillir sans discrimination** d'aucune sorte, toute personne fragilisée nécessitant un accompagnement de vie, médicalisé ou non, et un soutien de la part de professionnels formés et œuvrant dans le respect des valeurs du service public.
- > Inscrire notre démarche professionnelle dans le cadre éthique des valeurs contenues dans les chartes et référentiels qualité, à commencer par la **Charte des droits et libertés de la personne accueillie** et la **Charte du patient hospitalisé** ainsi que les référentiels d'évaluation de la qualité comme rappelé dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- > **Moderniser la gestion** des établissements, encourager les regroupements et défendre l'autonomie des établissements, afin de permettre aux directeurs d'exercer pleinement et librement leurs fonctions.

... et des enjeux forts sur le terrain

Faire face à un contexte réglementaire en pleine effervescence

Le secteur connaît une avalanche de textes qui font bouger les frontières institutionnelles et modifient les modes de fonctionnement des établissements: le Plan solidarité grand âge, le Plan de lutte contre la maltraitance, la circulaire sur la filière gériatrique, le décret relatif à l'intervention de l'hospitalisation à domicile dans les EHPAD, la loi pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la loi réformant la protection de l'enfance.

Relever le défi du vieillissement et de la problématique «Alzheimer»

Aujourd'hui, un Français sur cinq a plus de 60 ans. Dans 30 ans, un Français sur trois aura plus de 60 ans. Cette évolution implique une augmentation du recours aux soins ambulatoires ainsi qu'aux services médico-sociaux. Elle soulève également le problème de la dépendance et de son financement. En 2020, la France comptera un million de personnes âgées dépendantes et selon la Cour des comptes la dépense publique consacrée aux personnes âgées aura doublé.

Repositionner les établissements de l'aide sociale et pour handicapés

Le désengagement progressif de l'État et l'instauration de nouveaux dispositifs, au travers des diverses lois relatives aux secteurs social et médico-social, modifient les frontières des différents partenaires et notamment le rôle des établissements de l'aide à l'enfance et de la prise en charge du handicap.

Faire face à la judiciarisation du secteur sanitaire et social

La responsabilité des directeurs s'accroît à mesure que prolifèrent les normes réglementaires, dans un contexte où l'utilisateur, principal «payeur», n'hésite plus à recourir aux tribunaux pour régler ses contentieux.

Répondre à la crise démographique des professionnels

Le choc de la démographie médicale qui s'annonce résulte des départs en retraite massifs dans les cinq ans à venir. Ces départs vont accroître l'inégalité criante de répartition des médecins sur le territoire et par là même hypothéquer l'accès aux soins. Des décisions courageuses devront être prises au niveau national.

Mais ces problèmes démographiques ne concernent pas que les médecins. Nous devons faire face également à une pénurie dans certaines professions: kinésithérapie, orthophonie, ... À ceci s'ajoute la faible attractivité du secteur gériatrique, que le plan de lutte contre la maltraitance ne contribue pas à rehausser.

Moderniser les systèmes d'information et le contrôle de gestion

Les établissements sociaux et médico-sociaux ont peu développé de systèmes d'information performants en raison du manque de compétences en interne et du coût de leur mise en place. Or dans un contexte de raréfaction des ressources, avec des modes de tarification de plus en plus complexes, la modernisation des systèmes d'information constitue un enjeu majeur pour les années à venir.

Mettre la personne fragile au centre des enjeux politiques

Le secteur social et médico-social ne doit pas être la solution aux maux de la société et à l'absence de solutions politiques sur ces thématiques

Les institutions sanitaires et médico-sociales ont pour mission d'apporter une solution pertinente, globale, personnalisée aux personnes en situation potentielle de fragilité (enfants, personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation d'exclusion...), dans un esprit de solidarité.

Or cette mission limitée tant dans son champ d'action que par rapport aux populations accueillies s'élargit car les établissements doivent faire face à des défis majeurs: le vieillissement de la population, les problèmes d'insertion d'un nombre de plus en plus important de personnes, le transfert de responsabilité de l'État vers les conseils généraux...

Ainsi on constate une forte intrication des problématiques sociales avec celles de la santé. Si l'hôpital redéfinit les missions qui sont les siennes, notre secteur en subit les conséquences. Or les logiques sanitaires et médico-sociales restent cloisonnées. Les réflexions autour du territoire sont peu abordées.

Quelle place pour les hôpitaux locaux? Ils ne sont jamais abordés dans leur globalité, mais toujours sous l'angle sanitaire ou médico-social. Quelle médicalisation pour les structures médico-sociales? Quelle réponse pour les personnes souffrant de handicaps psychiques?

Nous ne voulons pas être le dernier pion d'un jeu de dominos.

De plus en plus les établissements répondent à l'urgence alors qu'un principe fondamental de l'action sociale est de proposer un projet individualisé à la personne et à son entourage, et donc de l'accueillir dans des conditions adéquates. Mais les délais d'attente s'allongent. Nous manquons de solutions tant quantitativement que qualitativement. Tous les jours nous devons faire face à une population qui a besoin de solutions concrètes.

Pour le **snch**, notre secteur mérite une politique volontaire qui repose sur des choix cohérents.

Renforcer et clarifier l'action de l'État en plaçant les secteurs sanitaire et social sous la responsabilité d'un même ministre

La santé et le champ médico-social doivent être rassemblés dans un même ministère afin d'éviter tout cloisonnement. La prise en charge des personnes fragiles doit, au même titre que la santé, être au cœur des préoccupations du futur gouvernement. L'autorité du ministre doit être renforcée et non diluée dans une nouvelle agence.

Harmoniser le sanitaire et le médico-social dans des territoires adaptés

Il convient de promouvoir des outils de réflexion communs dans des plans de développement prenant en compte l'ensemble du réseau sanitaire et social.

Il est également temps de créer enfin des Agences régionales de Santé pour redonner une cohérence à l'État au plan territorial.

Doter tous les établissements d'un directeur

Beaucoup de postes de direction d'établissement sont actuellement vacants et nombreux le sont depuis plusieurs mois, voire plusieurs années. Cette situation sur le terrain isole des établissements, dé motive les équipes en place et fragilise l'image du directeur.

Comment, dans ces conditions, permettre aux directeurs de mener à bien leur mission principale d'anticipation des risques, d'évaluation et de conduite de projet quand leur quotidien leur impose avant tout de gérer l'urgence?

Aucune politique cohérente et efficace concernant notre secteur ne pourra être menée sans une gestion pragmatique des hommes. Il est donc impératif de pourvoir durablement tous les postes de direction d'établissement par des professionnels hospitaliers formés et compétents.

Les directions vacantes, quant à elles, doivent rapidement être rendues attractives par tous moyens contribuant à redonner ses lettres de noblesse au métier.

Rompre avec l'hospitalo-centrisme en décloisonnant le sanitaire et le social

Développer des filières gériatriques sanitaires et sociales sur tout le territoire en intégrant les hôpitaux locaux

La récente circulaire sur la filière gériatrique, qui fait suite à la circulaire de 2002, affine et complète le dispositif de prise en charge des personnes âgées fragiles à l'hôpital: court séjour et soins de suite gériatriques, équipes mobiles et hospitalisation de jour. Cette organisation est nécessaire tant pour les patients que pour le fonctionnement même de l'hôpital. Toutefois la circulaire entretient une confusion entre la filière comme organisation de l'hôpital et la filière comme structuration graduée du territoire.

La prise en charge du sujet âgé nécessite une approche globale qui doit articuler les soins et l'accompagnement médico-social dans un projet de vie individuel. Il convient de rompre avec l'hospitalo-centrisme en adoptant une approche globale et territoriale qui articule les soins de proximité et l'hôpital, en partant du lieu de vie de la personne âgée plutôt que du service des urgences. Les filières gériatriques doivent être développées entre les soins ambulatoires, les établissements médico-sociaux et les hôpitaux.

Le **snch** propose une approche plus large des filières gériatriques: des filières à la fois structurantes sur le territoire, reliant des bassins gérontologiques aux centres hospitaliers, et régulant aussi bien l'aval de l'hospitalisation que l'amont des urgences. Dans ce dispositif les hôpitaux locaux, qui regroupent en leur sein l'hospitalisation, les services médico-sociaux, et la médecine libérale, ont un rôle déterminant à jouer.

Le **snch** propose également, dans une perspective de décloisonnement, de ne pas confiner la filière aux services sanitaires, mais de l'étendre au secteur médico-social des EHPAD et des SSIAD, voire à d'autres professionnels du secteur. Car c'est la coordination locale qui assure l'efficacité du dispositif, et donc la maîtrise des entrées en urgence.

Créer des unités mobiles de soins palliatifs intervenant dans les EHPAD et les SSIAD

Au fur et à mesure que les Ehpads se médicalisent et assument des soins qui jusqu'ici étaient dispensés par l'hôpital, le nombre des décès s'intensifie. Mais assurer l'accompagnement de la fin de vie requiert des moyens humains, un soutien psychologique et des programmes de formation continue. L'extension du champ d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs constitue donc une conséquence logique de l'évolution des établissements.

Créer des foyers d'accueil médicalisés pour handicapés vieillissants, notamment dans les hôpitaux gériatriques

Les personnes handicapées, comme l'ensemble de la population, bénéficient des progrès de la médecine et vivent plus longtemps. Ce faisant ils posent des questions spécifiques d'accueil et d'hébergement.

Il est par conséquent nécessaire, à la fois pour ne pas bloquer les places en foyers et offrir des prestations adéquates à cette population, de développer des services proposant un accompagnement adapté aux types de handicap et en même temps des soins gériatriques répondant aux pathologies du vieillissement.

Repenser le rôle des établissements sociaux et médico-sociaux

Définir la place des établissements pour enfants handicapés en tenant compte de la politique de scolarisation en milieu ordinaire

La loi pour l'égalité des chances constitue une avancée réelle pour les personnes handicapées, à condition d'être accompagnée des moyens financiers nécessaires à sa mise en œuvre. Mais elle brouille également les frontières des acteurs institutionnels et les directeurs s'interrogent sur l'évolution de leurs missions.

Si la politique volontariste d'intégration scolaire ne fait pas débat dans les milieux professionnels, les directeurs d'établissements socio-éducatifs s'interrogent sur l'évolution des missions des structures qu'ils gèrent, d'autres s'inquiètent même d'une généralisation de cette politique aboutissant à une marginalisation des établissements spécialisés.

Évaluer le fonctionnement des Maisons départementales

Les Maisons départementales ne font pas preuve d'une plus grande efficacité que les instances qu'elles ont remplacées. Les situations sont disparates selon les départements, mais l'on ne constate pas de véritable évolution par rapport aux dispositifs antérieurs.

Les placements administratifs se poursuivent, au détriment d'une véritable politique d'orientation. Les listes d'attentes ne sont pas résorbées. Au lieu de fluidifier les circuits, les Maisons départementales les complexifient et les ralentissent. Parfois la confusion qui règne sur le rôle de chacun (DDASS, Éducation nationale, conseil général, associations) est alarmante.

Réaffirmer la dimension sociale des établissements d'aide par le travail

Les évolutions concernant la réglementation des établissements d'aide par le travail (ESAT) marquent un pas supplémentaire dans l'orientation commerciale de ces structures. En effet, l'aide de l'État consiste désormais en une dotation par travailleur, alors qu'elle était relative jusqu'ici au degré de handicap de la personne.

Cette mesure est de nature à inciter la recherche de productivité par le recrutement de personnes faiblement handicapées, et à refouler dans les foyers spécialisés les personnes souffrant de handicaps plus lourds qui étaient présentes auparavant dans ces structures. Mais si les choses se déroulent ainsi, que devient la mission sociale de ces structures ?

Repenser la fonction des foyers de l'enfance face à la fermeture des lits de pédo-psychiatrie

La fermeture des lits de pédo-psychiatrie a pour corollaire une évolution de la population dans les foyers de l'aide sociale à l'enfance. De plus la récente loi sur la protection de l'enfance invite à développer les dispositifs d'accueil innovants et/ou dispositifs alternatifs au placement. Les directeurs s'interrogent sur ces évolutions, sur les moyens d'y faire face et sur les missions qui sont les leurs. Le maintien d'un équilibre entre le «tout milieu ouvert» et le «tout placement » paraît nécessaire.

Clarifier, dans le cadre de la loi sur la délinquance, la place de la protection judiciaire dans la prise en charge des jeunes majeurs

De même, on assiste depuis plusieurs années à un désengagement de la protection judiciaire de la jeunesse (et donc de l'État) dans la prise en charge préventive de la délinquance des mineurs et des jeunes majeurs (désengagement des «contrats jeunes majeurs» au profit de dispositifs lourds tels que centre éducatif renforcé et/ou fermé).

Il est nécessaire de trouver un réel équilibre entre les différents types de prise en charge. En outre les professionnels s'interrogent sur la capacité des conseils généraux à endosser ces nouvelles responsabilités.

En outre le **snch** s'interroge sur le financement des mesures annoncées par la loi et sur la capacité des conseils généraux à les assumer, dans un contexte général de désengagement de l'État.

Créer les conditions d'un service public efficient

Construire des systèmes d'information cohérents par l'obtention de moyens spécifiques et la mutualisation de compétences

Nos structures ont peu développé de systèmes d'informations performants en raison d'un manque de moyens en interne et du coût de leur mise en place. Des initiatives locales existent mais sans réelle cohérence. De plus la problématique actuelle du partage des informations de santé est posée, notamment pour les hôpitaux locaux.

Nous souhaitons des aides à l'investissement, comme les centres hospitaliers peuvent en obtenir dans le cadre du plan Hôpital 2012. Nous souhaitons également créer des postes mutualisés d'ingénieur de réseau pour conduire le développement et la connectivité de nos systèmes d'information.

Refuser l'accumulation d'enquêtes et considérer le temps comme une denrée rare

Les tailles très différentes des établissements dirigés par les DESS et par les DES-MS ne permettent pas toujours à l'équipe administrative de faire face à la quantité de documents demandés. Il n'y a généralement pas d'équipe de direction et seul le directeur a autorité pour établir les données statistiques, voire le budget et l'élaboration des tableaux annexes.

Le nombre d'états statistiques demandés sur la gestion des établissements augmente de façon considérable depuis la mise en place de la loi de 2002. Ces documents sont rarement lisibles et reflètent mal l'image concrète de l'établissement.

Ils sont donc peu utiles pour des démarches budgétaires lorsque celles-ci ont lieu. En effet les autorités de tarification se bornent le plus souvent à l'application d'un taux soit lié à l'ONDAM pour la partie soins, soit lié à la décision de l'assemblée générale des conseils généraux.

Nous ne pouvons pas accepter de remplir toujours plus de tableaux inutiles. Il convient de s'entendre sur des documents synthétiques, reflétant la réalité de l'activité et de la gestion, et servant de base pour de réelles négociations budgétaires.

Le **snch** est favorable au contrôle de gestion. Mais il est pour une simplification des documents, une rationalisation de la démarche et une optimisation du temps du directeur, qui a mieux à faire que de plancher sur des tableaux abscons.

Créer des postes mutualisés pour la gestion des risques et la démarche qualité

Notre objectif quotidien est d'apporter une réponse de qualité aux populations que nous accueillons. La démarche qualité pénètre notre secteur avec la mise en place de référentiels nationaux. Or y répondre correctement dans les conditions actuelles est difficile. Nous ne souhaitons pas des référentiels uniformes. Ils doivent correspondre à la réalité de notre terrain.

Il est par ailleurs difficile de mettre en place une démarche qualité et une gestion des risques pérennes, faute de compétences et de temps disponible d'encadrement. De même que des postes mutualisés d'informaticiens sont nécessaires pour le développement des systèmes d'information, des postes mutualisés de qualitiens et de gestionnaires des risques sont devenus indispensables dans l'environnement actuel, où la qualité est une exigence de l'utilisateur et la gestion des risques une protection juridique des directeurs.

Moderniser le bâti des établissements

Veiller à l'aboutissement de l'application du taux réduit de TVA sur les constructions neuves pour l'hébergement social

Le **snch** a défendu ces dernières années, notamment au sein de la Conférence des directeurs d'EHPAD, un allègement du taux de la TVA sur les constructions neuves d'hébergement social. En effet le secteur public hospitalier souffre d'une inégalité de traitement flagrante puisque les établissements privés, par nature, et les établissements dépendants des collectivités locales, par dérogation, récupèrent la TVA sur toutes les opérations de travaux.

Insidieusement c'est le renouvellement du parc des établissements publics qui est mis en question.

La loi sur le droit au logement corrige cette inégalité (art. 46), comme le rappelle le plan de lutte contre la maltraitance. Les établissements éligibles au prêt logement social (hébergement social) devraient pouvoir bénéficier de ces dispositions. Cependant cette mesure doit être étendue aux structures d'hébergement pour mineurs.

De plus l'article n'est pas explicite et sa bonne application n'est pas pour le moment garantie. Le **snch** veillera à l'aboutissement de cette mesure essentielle pour l'avenir.

Poursuivre les programmes d'aides à l'investissement

Dans le secteur médico-social, il est indispensable de poursuivre l'effort engagé par la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie et d'intégrer un certain nombre d'opérations importantes dans les contrats de projet.

Pour les hôpitaux locaux, il est tout aussi indispensable d'intégrer la partie sanitaire de leurs projets au plan Hôpital 2012.

Utiliser toutes les procédures prévues par le code des marchés publics

Le nouveau code des marchés autorise certaines procédures simplifiées qui permettent dans certains cas d'aboutir plus facilement. La procédure de conception-réalisation en particulier, qui assure la contractualisation dès la phase du concours, constitue un moyen d'éviter les dérapages financiers qui se multiplient depuis quelque temps, en raison de l'emballement du marché de la construction.

Favoriser un regroupement pragmatique des établissements

Développer des équipes de direction et d'encadrement communes

Les établissements constituent des structures diverses par leur activité et variées en taille. Ils sont quelquefois difficilement gérables sur le plan économique. Par ailleurs les directeurs sont isolés. Ils manquent, chacun de leur côté, de l'encadrement administratif nécessaire pour assurer une gestion sereine, et sont contraints bien souvent d'assumer toutes les tâches et de cumuler toutes les compétences, de la paie aux marchés publics, des budgets à la gestion des carrières.

Dans la mesure où les regroupements d'établissements, qui ne sont pas nécessairement des fusions, permettent de constituer des équipes de direction et d'encadrement communes, ils doivent être encouragés. Ils améliorent en effet la compétence globale en allégeant la charge des directeurs. Ces équipes peuvent comprendre aussi bien du personnel administratif (directeurs adjoints, attachés, adjoints des cadres) que soignant ou socio-éducatif.

Mutualiser des moyens

Les regroupements constituent également l'occasion de mutualiser des compétences techniques qu'il est difficile de financer pour un seul établissement: ingénieur réseau, qualicien, gestionnaire des risques.

Outre l'amélioration qualitative pour chaque établissement, cette mutualisation allège la responsabilité du directeur dans la mesure où elle rationalise et optimise les compétences sur lesquelles il peut s'appuyer.

Les regroupements facilitent également l'organisation des astreintes, qu'elles soient médicales, administratives ou techniques.

Concevoir des projets de territoire cohérents

Les notions de filière et de réseau impliquent, par le lien qu'elles établissent entre les organisations, une approche territoriale des prises en charge. Les derniers schémas d'organisation sanitaire ont été bâtis sur un découpage des territoires vécus par les populations. Cette approche doit être privilégiée pour définir des territoires et définir des projets territoriaux aux niveaux pertinents pour la prise en charge médico-sociale.

La définition de projets territoriaux permet le rapprochement des établissements autour d'une politique cohérente et une articulation avec la planification sanitaire.

Il faut souligner toutefois que si les regroupements locaux sont souhaitables, chacun constitue un cas particulier, suivant les contextes géographiques, institutionnels et politiques. La fusion est un mode de regroupement radical qui peut être le choix des acteurs, mais qui est un mode parmi d'autres.

Financer la médicalisation des établissements

Ouvrir la réflexion sur le financement de la dépendance par la création d'un 5^e risque

Aujourd'hui, un Français sur cinq a plus de 60 ans. Dans 30 ans, un Français sur trois aura plus de 60 ans.

Cette évolution implique une augmentation du recours aux soins ambulatoires ainsi qu'aux services médico-sociaux. Elle soulève également le problème de la dépendance et de son financement. En 2020, la France comptera un million de personnes âgées dépendantes et selon la Cour des comptes la dépense publique consacrée aux personnes âgées aura doublé.

Pour faire face au défi démographique, la question du financement de la dépendance doit être clairement posée. Un certain nombre d'acteurs institutionnels importants se sont prononcés pour la création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale. Sans préjuger des réponses qui seront apportées, il est nécessaire aujourd'hui de disposer d'une prospective économique réaliste compte tenu de la qualité voulue dans ce secteur, et d'une étude approfondie des scénarios possibles.

Poursuivre la médicalisation des EHPAD et des SSIAD

Le plan Solidarité Grand Âge, complété par le plan de lutte contre la maltraitance, constitue une avancée importante et très favorable pour les établissements, puisqu'il reconnaît l'application de ratios qui correspondent à ce qui existe dans les pays proches de nous et au sein de l'Union européenne.

Toutefois le plan porte sur 5 ans avec des critères peu transparents d'application.

Par ailleurs il est regrettable que l'ensemble de ce plan de modernisation soit complété et repris sous le titre général de lutte contre la maltraitance. La nécessité de cette lutte n'est pas en cause. Mais il n'est pas très élégant de se défaire d'une responsabilité collective en stigmatisant le personnel des établissements qui fait un excellent travail.

De même le décret relatif à l'intervention de l'hospitalisation à domicile dans les EHPAD constitue une mesure intéressante, mais qui risque d'entraîner un transfert de charges de l'hôpital vers les EHPAD. Cette mesure suppose pour être applicable une augmentation significative de l'encadrement soignant.

Enfin le **snch** ne comprend pas cette volonté des Pouvoirs publics de vouloir réduire le nombre des USLD pour les fondre dans les EHPAD. C'est plutôt le mouvement inverse qui serait cohérent : appliquer le calcul de la dotation des USLD aux EHPAD. En outre le rôle des USLD dans la filière gériatrique est sous-estimé, notamment dans les hôpitaux locaux.

Constituer des comités de suivi départemental pour l'attribution des crédits du plan Solidarité Grand Âge et la création de places nouvelles dans le cadre des plans régionaux (PRIAC)

Les décrets relatifs à la réforme de la tarification des EHPAD avaient prévu des comités de suivi départementaux, constitués des représentants de l'État, des conseils généraux et de représentants d'établissements. Ces comités avaient pour mission de suivre l'évolution de la signature des conventions tripartites. Que sont-ils devenus ?

Devant les incertitudes sur l'utilisation des crédits fléchés (canicule par exemple), l'attribution des crédits dans le cadre de la médicalisation prévue par le plan Solidarité Grand Âge, l'élection des établissements aux aides aux investissements, l'inscription des projets dans la planification régionale (PRIAC), le **snch** est favorable à la réactivation de cette démarche.

En améliorant la transparence, on améliore aussi les pratiques.

Poursuivre la médicalisation des hôpitaux locaux

Les hôpitaux locaux ont bénéficié d'un plan d'aides entre 2003 et 2007. Ce plan a permis d'étoffer les équipes de soins et de mieux rémunérer les médecins. Mais, toutes choses égales par ailleurs, les budgets restent faibles comparés aux budgets des centres hospitaliers, alors que la logique du financement à l'activité poussent ceux-ci à transférer des patients de plus en plus lourds vers ceux-là.

Les centres hospitaliers ne pourront pas raccourcir leurs séjours en médecine polyvalente ou gériatrique s'ils ne peuvent s'appuyer sur des structures d'aval très médicalisées. À l'heure actuelle les hôpitaux locaux commencent à refuser des patients, faute de médicalisation suffisante. Une bonne gestion de l'offre hospitalière implique donc la poursuite de la médicalisation des hôpitaux locaux inscrits dans les filières gériatriques.

Financer les SSIAD en tenant compte de la charge en soins infirmiers

Depuis le programme de créations de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 2000, les tarifs sont systématiquement sous-évalués. Ils sont inférieurs de 20% environ aux tarifs attribués auparavant.

En conséquence les SSIAD ne prennent pas ou ne gardent pas les personnes requérant des soins infirmiers conséquents, pour diminuer le budget infirmier du service. Un comble pour un service infirmier ! Et un problème pour la filière gériatrique, compte tenu du rôle que peuvent jouer ces services pour le retour à domicile après hospitalisation.

La circulaire budgétaire d'octobre 2006 a annoncé la constitution d'un groupe de travail au ministère chargé de concevoir une méthode d'évaluation de la charge en soins infirmiers. Le **snch** veillera à ce que ce travail débouche sur la revalorisation adaptée des dotations.

Fiche récapitulative des propositions du snch

1 - Mettre la personne fragile au centre des enjeux politiques

- Le secteur social et médico-social ne doit pas être la solution aux maux de la société et à l'absence de solutions politiques sur ces thématiques
- Renforcer et clarifier l'action de l'État en plaçant les secteurs sanitaire et social sous la responsabilité d'un même ministre
- Harmoniser le sanitaire et le médico-social dans des territoires adaptés
- Doter tous les établissements d'un directeur

2 - Rompre avec l'hospitalo-centrisme en décroissant le sanitaire et le social

- Développer des filières gériatriques sanitaires et sociales sur tout le territoire en intégrant les hôpitaux locaux
- Créer des unités mobiles de soins palliatifs intervenant dans les EHPAD et les SSIAD
- Créer des foyers d'accueil médicalisés pour handicapés vieillissants, notamment dans les hôpitaux gériatriques

3 - Repenser le rôle des établissements sociaux et médico-sociaux

- Définir la place des établissements pour enfants handicapés en tenant compte de la politique de scolarisation en milieu ordinaire
- Évaluer le fonctionnement des Maisons départementales
- Réaffirmer la dimension sociale des établissements d'aide par le travail
- Repenser la fonction des foyers de l'enfance face à la fermeture des lits de pédo-psychiatrie
- Clarifier, dans le cadre de la loi sur la délinquance, la place de la protection judiciaire dans la prise en charge des jeunes majeurs

4 - Créer les conditions d'un service public efficient

- Construire des systèmes d'information cohérents par l'obtention de moyens spécifiques et la mutualisation de compétences
- Refuser l'accumulation d'enquêtes et considérer le temps comme une denrée rare
- Créer des postes mutualisés pour la gestion des risques et la démarche qualité

5 - Moderniser le bâti des établissements

- Veiller à l'aboutissement de l'application du taux réduit de TVA sur les constructions neuves pour l'hébergement social
- Poursuivre les programmes d'aides à l'investissement
- Utiliser toutes les procédures prévues par le code des marchés publics

6 - Favoriser un regroupement pragmatique des établissements

- Développer des équipes de direction et d'encadrement communes
- Mutualiser des moyens
- Concevoir des projets de territoire cohérents

7 - Financer la médicalisation des établissements

- Ouvrir la réflexion sur le financement de la dépendance par la création d'un 5^e risque
- Poursuivre la médicalisation des EHPAD et des SSIAD
- Constituer des comités de suivi départemental pour l'attribution des crédits du plan Solidarité Grand Âge et la création de places nouvelles dans le cadre des plans régionaux (PRIAC)
- Poursuivre la médicalisation des hôpitaux locaux
- Financer les SSIAD en tenant compte de la charge en soins infirmiers