



Fédération Générale des Retraités de la Fonction Publique

20 rue Vignon PARIS 9^{ème}

tel 01 47 42 80 13 mél : secretariat@fgrfp.org

Le CDCA, Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

But : Assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques liées à l'autonomie et à la citoyenneté dans le Département

Cadre juridique : Nouvelle instance créée par la Loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV).

L'article 81 de la loi (articles L.149-1 et L.149-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles) prévoit la création, dans chaque département, d'un Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). Le décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 précise la composition de l'instance, les modalités de désignation des membres, la répartition en formations spécialisées et en collèges ainsi que les modalités de fonctionnement.

Le CDCA comporte (notamment) des représentants des personnes âgées, des personnes retraitées issues notamment des organisations syndicales représentatives, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants ; Du Département ; De l'Agence Régionale de Santé (ARS) ; De l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) ; De la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRRECTE) ; Des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie ; Des fédérations des institutions de retraite complémentaire ; Des organismes régis par le code de la mutualité ; Des autorités organisatrices de transports ; Des bailleurs sociaux ; Des architectes urbanistes ;
Peut être associée toute autre personne physique ou morale concernée par la politique de l'autonomie, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

Fonctionnement du CDCA

Instance présidée par le(a) Président(e) du Conseil Départemental.

Organisation comportant 2 formations spécialisées compétentes respectivement pour les questions relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Réunion en formation plénière (minimum deux par an) ou en formation / commission spécialisée (à l'initiative des membres). Le mandat des membres du CDCA est fixé à trois ans.

Domaines de compétence

La prévention de la perte d'autonomie ; L'accompagnement médico-social ; L'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques ; L'accessibilité ; Le logement et l'habitat collectif ; L'urbanisme ; Le transport ; La scolarisation ; L'intégration sociale et professionnelle ; L'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme.

Missions du CDCA

Formulation de recommandations visant au respect des droits et à la bienveillance des personnes âgées et personnes handicapées, à assurer le soutien et la valorisation des proches aidants ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques ;

Possibilité de débattre, de sa propre initiative, de toute question concernant la politique de l'autonomie, et de formuler des propositions sur les orientations de cette politique

Transmission d'un rapport biennal avant le 30 juin de l'année concernée, sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le Département aux institutions suivantes : au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), au Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPPH), à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

Consultation du CDCA pour avis sur le schéma régional de santé, et les schémas régionaux et départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et la programmation annuelle ou pluriannuelle des moyens alloués par l'ARS, le Département et les régimes de base d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie.

Pour l'activité du CDCA

Dénoncer, s'il y a lieu, l'absence de budget réservé au CDCA pour son fonctionnement et demander des indemnités de déplacement. Rappeler le décret n°2006-781 du 3 juillet 2006 où apparaît le remboursement des frais de déplacements.

Vérifier que le règlement intérieur soit conforme au décret du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie et particulièrement, qu'il respecte l'article D. 149-12 relatif à l'existence de deux formations spécialisées.

La politique régionale de santé

Certaines orientations fixées par le PRS (Plan Régional de Santé) peuvent être partagées : développer la prévention, réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins, favoriser le maintien à domicile des personnes âgées mais les objectifs réels sont : rationalisation, redéploiement, adaptation, mutualisation et optimisation de la ressource (humaine, technique ...), regroupement ou fusion d'établissements, réduction des dépenses dans un contexte «où le cadre est contraint» et «où le maintien de l'existant est parfois difficile à tenir».

Les choix stratégiques qui sont faits sur le «virage ambulatoire», sur le retour rapide à domicile et sur l'hospitalisation à domicile, sur la télémédecine, sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, pourraient être porteurs de progrès s'ils ne répondaient pas d'abord à un impératif de rationalisation des coûts et d'économies budgétaires dans une conception libérale de notre système de santé et de soins.

Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) donne les limites du Projet régional de santé en exposant ses axes concernant les personnes âgées (objectifs à 10 ans) auxquels nous ne pouvons souscrire.

Les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

Le COS observe que les EHPAD se sont développés à partir du logement et non des soins. Au motif qu'elle est légitimement souhaitée par la majorité d'entre elles, l'option adoptée est le maintien au domicile des personnes âgées dépendantes, sans réflexion sur sa pertinence.

L'offre sanitaire

En 2030, 65% des PAD (Personnes Agées Dépendantes) seront au domicile soit 10% de plus qu'aujourd'hui (doc ARS). Les séjours hospitaliers seront (encore plus) réduits, facilités par des «structures d'appui» qui seront le résultat de redéploiements, fusions, suppressions d'autres moyens et qui participeront à l'extension des déserts médicaux. Ce n'est pas acceptable.

Les Maisons de Santé qui regroupent des libéraux sont priorisées au détriment des Centres de Santé (Public). Un récent décret permet même leur adossement et/ou leur gestion par les cliniques et structures privées ! Il convient au contraire de soutenir et de développer ces structures publiques, garantes de l'égalité de traitement des citoyens.

Améliorer la qualité et la sécurité du logement

Le projet d'offrir des prises en charge alternatives à l'établissement classique est évoqué sans que soit abordée la politique de l'habitat en général et intermédiaire en particulier. Le PRS, affirmant son cadre contraint, ne se donne donc aucun moyen pour améliorer l'approche décroisée hospitalier-ambulatoire.

Le maintien au domicile

Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) -les SAAD (les services d'aide à domicile) et les SPASAD (les services polyvalents d'aide et de soins à domicile) pourraient être garants de la qualité d'un réel service d'intervention public mais ils sont en nombre dérisoire, leurs personnels trop peu nombreux et en demande de formations pour obtenir des qualifications reconnues. Aucune réponse d'amélioration concrète pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre chez elles dans de bonnes conditions et de retarder l'aggravation de leur dépendance. De plus, les redéploiements et ouvertures de postes sont conditionnés à des suppressions !

Les aidants

Le parti pris de ce PRS, conformément aux préconisations de la loi ASV, c'est le recours aux aidants, désormais affublés d'un statut, pour pallier le manque de personnels.

On assiste à l'institutionnalisation du «métier» d'aidant, avec des formations, des coordinations prévues. Mais, quoi qu'ils fassent, les aidants ne peuvent se substituer à des personnels qualifiés et formés, ils ne seront jamais des professionnels et ils ne le revendiquent pas. Sinon, les aidants voient leur vie personnelle, familiale et sociale lourdement affectée.

Leur place est, certes, essentielle auprès des «aidés» mais dans une logique de complémentarité où le rôle de chacun est clairement défini. Le maintien à domicile doit rester une responsabilité médicale et médico-sociale (médecin traitant, infirmière et intervenants pluri professionnels ...).

L'offre en établissements et services médico-sociaux

En ce qui concerne l'hébergement permanent, ce sont, dans la grande majorité des départements, des demandes en attente se chiffrant à plusieurs milliers pour cause de saturation des offres. Quelle réponse ? Quatre scénarios sont prévus : la fermeture pour les établissements à faible effectif - la fusion entre établissements - l'évolution des logements foyers en résidence autonomie - l'EPHAD isolé.

On ne peut qu'exprimer notre désaccord sur la stratégie programmée de transformation des EHPAD en lieux de soins en nombre insuffisant et sans moyens : ce sont des milliers de personnes âgées qui resteraient ainsi sans solution, abandonnées à un sort précaire.

Notre position : On ne peut amputer les établissements publics des moyens nécessaires, en appeler en priorité à la médecine libérale et au privé, privilégier l'aide «informelle» (aux personnes âgées et handicapées) comme réponses à des enjeux relevant de l'égalité de prise en charge pour l'ensemble des citoyens. Ce sont les Services Publics qui seuls peuvent se porter garants de l'intérêt général, de la qualité de la formation des personnels ainsi que de l'égalité d'accès sur l'ensemble du territoire.

Haro sur les EHPAD publics

L'objectif principal des gouvernements qui se sont succédé a toujours été de privilégier le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes au détriment des EHPAD. La réforme, portant le joli nom de Convergence Tarifaire, asphyxie encore plus les établissements publics et profite surtout aux actionnaires des établissements privés commerciaux.

Dans le budget d'un EHPAD il y a trois grands chapitres :

Tarif hébergement : 60 % des charges de l'établissement : il englobe les charges d'administration, l'hôtellerie, la restauration, l'entretien et l'animation. Il est à la charge du résident.

Tarif dépendance (15% des charges de l'EHPAD) recouvrant les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante ; son montant est arrêté par le Conseil Départemental.

Tarif soins : (25% des charges de l'EHPAD), versé par l'assurance maladie via l'ARS à l'établissement sous forme de dotation globale calculée sur la base d'une équation tarifaire nationale.

On voit bien que le plus gros chapitre est celui de l'hébergement : Dans les établissements publics (53 % du parc national des EHPAD) quasiment 100 % des lits sont assujettis à l'aide sociale. C'est-à-dire que ce n'est pas l'établissement qui fixe son prix de journée mais bien le département et ce prix est bien inférieur au prix de journée réel.

Quand, au nom d'une volonté de convergence tarifaire, on établit un coût de journée moyen sans tenir compte du statut de l'établissement et de ses spécificités tant géographiques que médico-sociales, les établissements publics qui se situent sous cette cote moyenne se voient pénalisés dans leur dotation revue à la baisse au profit principalement des établissements privés lucratifs (19 % du parc national).

La Fédération Hospitalière Française estime à 200 millions d'euros la perte de recettes pour les établissements publics. Cela impactera les 300 000 personnes âgées vivant dans ces établissements mais aussi les personnels soignants qui les entourent.

En diminuant, de facto, le nombre d'ETP dans les EHPAD, l'on s'éloigne du ratio d'encadrement recherché (1 pour 1 préconisé par R. Bachelot alors Ministre de la Santé) quand on est à 0,3 (3 professionnels pour 10 résidents) et que l'on nous annonce des 0,6 en incluant le personnel administratif et de cuisine.

Si l'on ajoute à ce tableau, que la réforme ne s'applique pas de la même manière d'une région à l'autre, voire d'un bassin à l'autre dans une même région, on ne peut que décrier les effets pervers et néfastes d'une telle réforme. De plus, le secteur de la prise en charge de la dépendance est dorénavant considéré comme relevant d'un univers où les établissements se font concurrence. Pour augmenter leurs financements, ils doivent œuvrer pour tenter de faire adhérer leur personnel à cet objectif mêlant compétitivité et rentabilité. Cela est d'autant plus problématique qu'une concurrence déloyale est instaurée entre les divers types d'établissements (Public, Privé non lucratif et Privé lucratif). Ainsi, le secteur public n'accède pas aux avantages fiscaux récemment mis en place : Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), Crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) etc... Et les évolutions récentes proposées par le PLFSS 2018 en son article 8 prévoient d'alléger encore les charges des établissements privés sans pour autant en faire bénéficier le secteur public.

A moins que, bien sûr, le but ultime, soit de couler les Établissements Publics, comme les Services Publics, comme la Santé Publique, et comme la Fonction Publique.