



Fédération CGT Santé et Action Sociale

Espace Vie Fédérale - Documentation Fédérale – Tél : 01 55 82 87 56 – Email : doc@sante.cgt.fr

ACCUEIL DES PERSONNES AGEES

Document de travail – Octobre 2012

Sommaire

- ✓ Charte des droits et libertés de la Personne Âgée dépendante.

- ✓ Réforme Tarification des EHPAD :
 - Fiche technique
 - Notre point de vue CGT
 - Textes de loi relatifs à la réforme de la tarification

- ✓ Allocation Personnalisée d'Autonomie
 - Fiche technique
 - Notre expression CGT
 - Textes relatifs à l'A.P.A.

- ✓ Distribution des médicaments dans les EHPAD :
 - Référence législative
 - Notre expression CGT

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES
DE LA
PERSONNE AGEE DEPENDANTE

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

PRÉAMBULE

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement.

Les personnes âgées, pour la plupart, restent autonomes et lucides jusqu'au terme de leur vie. Au cours de la vieillesse, les incapacités surviennent à une période de plus en plus tardive. Elles sont liées à des maladies ou des accidents, qui altèrent les fonctions physiques et/ou mentales.

Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens.

Leur place dans la cité, au contact des autres générations et dans le respect des différences, doit être reconnue et préservée.

Cette Charte a pour objectif d'affirmer la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante et de rappeler ses libertés et ses droits ainsi que les obligations de la société à l'égard des plus vulnérables.

ARTICLE 1 - CHOIX DE VIE

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

Elle doit bénéficier de l'autonomie que lui permettent ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il convient de la sensibiliser à ce risque, d'en tenir informé l'entourage et de proposer les mesures de prévention adaptées.

La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir profond et les choix de la personne, tout en tenant compte de ses capacités qui sont à réévaluer régulièrement.

ARTICLE II - CADRE DE VIE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

Elle réside le plus souvent dans son domicile et souhaite y demeurer. Des dispositifs d'assistance et des aménagements doivent être proposés pour le lui permettre.

Un handicap psychique rend souvent difficile, voire impossible, la poursuite de la vie au domicile, surtout en cas d'isolement. Dans ce cas, l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et ses proches. La décision doit répondre aux souhaits et aux difficultés de la personne. Celle-ci doit être préparée à ce changement.

La qualité de vie ainsi que le bien-être physique et moral de la personne doivent constituer l'objectif constant, quel que soit le lieu d'accueil.

Lors de l'entrée en institution, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite; la personne concernée a recours au conseil de son choix avant et au moment de l'admission.

Le choix de la solution d'accueil prend en compte et vérifie l'adéquation des compétences et des moyens humains de l'institution avec les besoins liés aux problèmes psycho-sociaux, aux pathologies et aux déficiences à l'origine de l'admission.

Tout changement de lieu de résidence, ou même de chambre, doit faire l'objet d'une concertation avec la personne.

En institution, l'architecture et les dispositifs doivent être conçus pour respecter la personne dans sa vie privée.

L'espace commun doit être organisé afin de favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements. Il doit être accueillant et garantir les meilleures conditions de sécurité.

ARTICLE III - VIE SOCIALE ET CULTURELLE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

La vie quotidienne doit intégrer son rythme d'existence ainsi que les exigences et les difficultés liées aux handicaps, que ce soit au domicile, dans les lieux publics ou en institution.

Les élus et les urbanistes doivent prendre en considération le vieillissement de la population et les besoins des personnes de tous âges présentant des incapacités, notamment pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être accessibles en toute sécurité afin de préserver l'insertion sociale et de favoriser l'accès à la vie culturelle en dépit des handicaps.

Les institutions et industries culturelles ainsi que les médias doivent être attentifs, dans leurs créations et leurs programmations, aux attentes et besoins spécifiques des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance.

Les nouvelles technologies doivent être accessibles dans les meilleures conditions possibles aux personnes qui le souhaitent.

ARTICLE IV - PRESENCE ET RÔLE DES PROCHEs

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Le rôle des proches qui entourent la personne à domicile doit être reconnu. Il doit être étayé par des soutiens psychologiques, matériels et financiers.

Au sein des institutions, l'association des proches à l'accompagnement de la personne et le maintien d'une vie relationnelle doivent être encouragés et facilités.

En cas d'absence ou de défaillance des proches, il revient aux professionnels et aux bénévoles formés à cette tâche de veiller au maintien d'une vie relationnelle dans le respect des choix de la personne.

Toute personne, quel que soit son âge, doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec lequel, de façon libre et mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.

Respecter la personne dans sa sphère privée, sa vie relationnelle, affective et sexuelle s'impose à tous.

ARTICLE V - PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs et à ses besoins, sous réserve d'une protection légale, en cas de vulnérabilité.

Elle doit être préalablement informée de toute vente de ses biens et préparée à cette éventualité.

Il est indispensable que le coût de la compensation des handicaps ne soit pas mis à la charge de la famille. Lorsque la personne reçoit des aides sociales, la fraction des ressources restant disponible après la prise en charge doit demeurer suffisante et servir effectivement à son bien-être et à sa qualité de vie.

ARTICLE VI - VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement existent à tout âge, même chez des personnes malades présentant un affaiblissement intellectuel ou physique sévère.

Développer des centres d'intérêt maintient le sentiment d'appartenance et d'utilité tout en limitant l'isolement, la ségrégation, la sensation de dévalorisation et l'ennui. La participation volontaire à des réalisations créatives diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation uniformisée et indifférenciée, mais permettre l'expression des aspirations personnelles.

Des activités adaptées doivent être proposées aux personnes quelle que soit la nature du déficit.

Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

ARTICLE VII - LIBERTÉ D'EXPRESSION ET LIBERTÉ DE CONSCIENCE

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

Sa liberté d'expression s'exerce dans le respect des opinions d'autrui.

L'exercice de ses droits civiques doit être facilité, notamment le droit de vote en fonction de sa capacité juridique.

Toute personne en situation de handicap ou de dépendance doit être reconnue dans ses valeurs, qu'elles soient d'inspiration religieuse ou philosophique.

Elle a droit à des temps de recueillement spirituel ou de réflexion.

Chaque établissement doit disposer d'un espace d'accès aisé pouvant servir de lieu de recueillement et de culte et permettre la visite des représentants des diverses religions et mouvements philosophiques non confessionnels en dehors de tout prosélytisme.

Les rites et les usages religieux ou laïcs s'accomplissent dans le respect mutuel.

ARTICLE VIII – PRESERVATION DE L'AUTONOMIE

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. Le handicap physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie, chaque fois que son efficacité est démontrée.

En particulier, la personne exposée à un risque, soit du fait d'un accident, soit du fait d'une maladie chronique, doit bénéficier des actions et des moyens permettant de prévenir ou de retarder l'évolution des symptômes déficitaires et de leurs complications.

Les possibilités de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, des personnes âgées comme des professionnels, et être accessibles à tous.

Handicaps et dépendance peuvent mettre la personne sous l'emprise d'autrui. La prise de conscience de cette emprise par les professionnels et les proches est la meilleure protection contre le risque de maltraitance.

ARTICLE IX - ACCÈS AUX SOINS ET A LA COMPENSATION DES HANDICAPS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

L'accès aux soins doit se faire en temps utile selon les besoins de la personne. Les discriminations liées à l'âge sont contraires à l'éthique médicale.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Les soins visent aussi à rééduquer les fonctions déficitaires et à compenser les incapacités. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie, à soulager la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets.

En situation de handicap, la personne doit avoir accès à l'ensemble des aides humaines et techniques nécessaires ou utiles à la compensation de ses incapacités

Aucune personne ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit à l'hôpital, au domicile ou en institution. Le consentement éclairé doit être recherché en vue d'une meilleure coopération du malade à ses propres soins.

Tout établissement de santé doit disposer des compétences et des moyens, ou à défaut, des coopérations structurelles permettant d'assurer sa mission auprès des personnes âgées malades, y compris celles en situation de dépendance.

Les institutions d'accueil doivent disposer des compétences, des effectifs, des locaux et des ressources financières nécessaires à la prise en soins des personnes âgées dépendantes, en particulier des personnes en situation de handicap psychique sévère.

Les délais administratifs anormalement longs et les discriminations de toute nature à l'accueil doivent être corrigés.

La tarification des soins et des aides visant à la compensation des handicaps doit être déterminée en fonction des besoins de la personne et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge. Elle ne doit pas pénaliser les familles.

ARTICLE X - QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

Une formation spécifique en gérontologie doit être assurée à tous les intervenants concernés. Cette formation est initiale et continue: elle s'adresse en particulier à tous les métiers de la santé et de la compensation des handicaps.

La compétence à la prise en charge des malades âgés ne concerne pas uniquement les personnels spécialisés en gériatrie mais l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir dans les aides et les soins.

Les intervenants, surtout lorsqu'ils sont isolés, doivent bénéficier d'un suivi, d'une évaluation adaptée et d'une analyse de leurs pratiques. Un soutien psychologique est indispensable; il s'inscrit dans une démarche d'aide aux soignants et aux aidants.

ARTICLE XI - RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Il faut éviter de confondre les affections sévères et les affections mortelles : le renoncement thérapeutique chez une personne curable s'avère aussi inacceptable que l'obstination thérapeutique injustifiée. Mais, lorsque la mort approche, la personne doit être entourée de soins et d'attentions appropriés.

Le refus de l'acharnement thérapeutique ne signifie pas un abandon des soins, mais justifie un accompagnement visant à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la souffrance morale.

La personne doit pouvoir vivre le terme de son existence dans les conditions qu'elle souhaite, respectée dans ses convictions et écoutée dans ses préférences.

La place des proches justifie une approche et des procédures adaptées à leurs besoins propres.

Que la mort ait lieu à l'hôpital, au domicile ou en institution, les intervenants doivent être sensibilisés et formés aux aspects relationnel, culturel, spirituel et technique de l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur famille, avant et après le décès.

ARTICLE XII - LA RECHERCHE: UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

Elle implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique que les sciences humaines et sociales, les sciences économiques et les sciences de l'éducation.

La recherche relative aux maladies associées au grand âge est un devoir. Bénéficier des progrès de la recherche constitue un droit pour tous ceux qui en sont ou en seront frappés.

Seule la recherche peut permettre d'acquérir une meilleure connaissance des déficiences et des maladies liées à l'âge ainsi que de leurs conséquences fonctionnelles et faciliter leur prévention ou leur guérison.

Le développement d'une recherche gérontologique et gériatrique peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance, diminuer leurs souffrances et abaisser les coûts de leur prise en charge.

ARTICLE XIII - EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE VULNERABLE

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

L'exercice effectif de la totalité de ses droits civiques doit être assuré à la personne vulnérable, y compris le droit de vote en l'absence de tutelle.

Les professionnels habilités à initier ou à appliquer une mesure de protection ont le devoir d'évaluer son acceptabilité par la personne concernée ainsi que ses conséquences affectives et sociales.

Dans la mise en œuvre des protections prévues par le Code Civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), les points suivants doivent être considérés:

- le besoin de protection n'est pas forcément total, ni définitif;
- la personne protégée doit pouvoir continuer à donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible;

Fondation Nationale de Gérontologie 49
rue Mirabeau -75016 PARIS

- la dépendance psychique n'exclut pas que la personne puisse exprimer des orientations de vie et soit toujours tenue informée des actes effectués en son nom.

La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitances doit être assurée.

Toutes violences et négligences, même apparemment légères, doivent être prévenues, signalées et traitées. Les infractions caractérisées peuvent donner lieu à des sanctions professionnelles ou à des suites judiciaires.

Les violences ou négligences ont souvent des effets majeurs et irréversibles sur la santé et la sûreté des personnes: l'aide aux victimes doit être garantie afin que leurs droits soient respectés.

ARTICLE XIV - L'INFORMATION

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

Les membres de la société doivent être informés de manière explicite et volontaire des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance.

L'information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit trop souvent à une attitude de mépris ou à une négligence indifférente à la prise en compte des droits, des capacités et des souhaits de la personne.

Une information de qualité et des modalités de communication adaptées s'imposent à tous les stades d'intervention auprès de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Loyale et compréhensible, l'information doit intervenir lorsque la personne est encore en capacité d'affirmer ses choix.

Il convient également de prendre en considération le droit de la personne qui se refuse à être informée.

Une exclusion sociale peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus individuel et collectif d'être attentif aux besoins et aux attentes des personnes.

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

Fondation Nationale de Gérontologie
49 rue Mirabeau -75016 PARIS

REFORME DE LA TARIFICATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

- **Fiche technique**
- **Notre point de vue CGT**
- **Textes réglementaires relatifs à la réforme de la tarification des EHPAD**

REFORME DE LA TARIFICATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

La loi du 24 janvier 1997, dans son titre V, prévoit la **réforme de la tarification des structures d'hébergement (publiques et privées) pour personnes âgées dépendantes**. Les 2 décrets et les 3 arrêtés du 26 avril 1999 modifiés par le décret du 04 mai 2001 en fixent les principales modalités.

L'ensemble des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes devront passer des conventions pluriannuelles (5 ans) et tripartites avec les Conseils Généraux et la Caisse primaire d'assurance maladie (EHPAD/CG/CPAM).

Ces conventions font référence à un cahier des charges des bonnes pratiques et de leur évaluation : qualité des structures, qualité des équipements, qualité de vie, qualité des relations, qualité des personnels, qualité des prestations...

Un financement en deux éléments jusque fin 2001:

- 1 - un tarif hébergement** : à la charge de l'usager, de ses descendants ou de l'aide sociale
- 2 - un forfait soins** : à la charge de l'assurance maladie

La réforme instaure une tarification en trois éléments depuis janvier 2002 :

1 - Tarif Hébergement :

Un tarif correspondant **aux frais d'hôtellerie et de restauration, d'administration générale, d'animation et vie sociale** : à la charge de l'usager, de ses descendants ou de l'aide sociale

Modulation de ce tarif en fonction de la qualité des locaux (nombre de lits, localisation, confort...)

2 - Tarif Dépendance :

Un tarif recouvrant les prestations spécifiques "hors soins" **directement liées à la dépendance** : tâches d'hôtellerie supplémentaires, prestations relationnelles, aide à la vie quotidienne : assurées par les AS et AMP (tâches assurées aujourd'hui au domicile par les auxiliaires de vie...) : à la charge de l'usager. Une partie peut être financée par l'APA, si ce dernier en fait la demande. dans tous les cas un ticket modérateur reste à la charge de l'usager.

3 - Tarif Soins : à la charge de l'assurance maladie

- *Soins de base* : ou prestations de nursing, soins d'entretien, d'hygiène et de confort
- *Soins techniques* : correspondant aux prestations **liées aux affections somatiques, psychiques et pathologiques.**

FINANCEMENT PAR :	L'USAGER SES DESCENDANTS OU L'AIDE SOCIALE	L'USAGER ET /OU L'A PA	L'ASSURANCE MALADIE
SITUATION Jusqu'au 31/12/01	TARIF HÉBERGEMENT		FORFAIT SOINS
REFORME DE LA TARIFICATION au 01/01/02	TARIF HÉBERGEMENT	TARIF DÉPENDANCE dont 30% SB (1)	TARIF SOINS ST 100% (1) SB 70% (1)

(1) SB = soins de base - ST = Soins techniques

Cette nouvelle répartition de tarification implique 7 éléments de tarifs différents, selon le degré de dépendance, les montants les plus élevés étant prévus pour les plus dépendants.

HÉBERGEMENT (H)	DÉPENDANCE (D)	SOINS DE BASE ET TECHNIQUES (SB+ST)
1 TARIF (POSSIBILITÉ DE 2 TARIFS DIFFÉRENTS SI CHAMBRE À 1 OU 2 LITS)	3 TARIFS : 1 POUR GIR 1 & 2 1 POUR GIR 3 & 4 1 POUR GIR 5 & 6	3 TARIFS : 1 POUR GIR 1 & 2 1 POUR GIR 3 & 4 1 POUR GIR 5 & 6

....Soit pour l'usager : un tarif Hébergement + un tarif Dépendance correspondant au niveau de GIR constaté.

Dispositions budgétaires

Trois catégories de personnels sont "financées" sur deux tarifs :

- les ASH : 70% sur le tarif Hébergement
: 30% sur le tarif Dépendance
- les AS et AMP : 70% sur le tarif Soins
: 30% sur le tarif Dépendance
- les IDE, les Kiné. sont "financés" sur le tarif soins.

Catégories professionnelles	Rémunération sur Tarif Hébergement à :	Rémunération sur Tarif Dépendance à :	Rémunération sur Tarif Soins à
ASH	70%	30%	
AS		30%	70%
AMP		30%	70%
IDE, Kiné etc...			100%

Un Groupe iso-ressources Moyen Pondéré est réalisé par établissement : il est constitué de la moyenne des GIR de la structure, et à chacun des GIR est attribué un coefficient (GMP de l'établissement). Le GMP est établi en comptabilisant, le même jour, le nombre de personnes présentes évaluées par GIR, chaque GIR se voyant attribué une cotation différente, mais identique pour l'ensemble des établissements sur le plan national. Ce calcul produit un nombre de points GIR, divisé ensuite par le nombre de personnes présentes, évaluées au jour donné.

Exemple :

	Cotation GIR	Valorisation en points	nombre de personnes par GIR	Total des points	GMP de l'établissement
GIR 1	1	1000	3	3000	
GIR 2	0.84	840	7	5880	
GIR 3	0.66	660	4	2640	
GIR 4	0.42	420	9	3780	
GIR 5	0.25	250	18	4500	
GIR 6	0.07	70	12	840	
			53	20640	389.43

Un Groupe iso-ressources Moyen Pondéré est calculé par département, constitué de la moyenne des GMP de l'ensemble des établissements du département (GMP du département), celui-ci sert de base de comparaison entre établissements, et devient une référence pour l'attribution des moyens budgétaires. L'attribution du budget sera variable si le GMP de l'établissement se situe au dessus ou au dessous du GMP du département...

Droit d'option tarifaire

Les directions d'établissements ont la possibilité de choisir entre un **tarif global** incluant la rémunération des médicaux et para-médicaux et un **tarif partiel** qui permet de faire appel aux médecins et auxiliaires médicaux libéraux...l'option retenue est révisable en cours de convention tripartite par avenant.

Devenir des soins de longue durée

Les circulaires MARTHE des 21 mai et 15 juin 1999 prévoyaient la redéfinition des Soins de Longue Durée. L'application de la réforme de la tarification ne devait pas entraîner leur mutation de structures sanitaires en structures médico-sociales (circulaire N° 99-294 du 21 mai 1999 & note de la DHOS du 1er juillet 2002 - E. Couty). Cependant, à la date du 22 octobre 2002, Mr Couty indique de manière contradictoire que le principe général d'évolution des SLD doit être le statut médico-social, voire la fusion en un seul établissement annexe médico-social (soins courants, sections de cure médicales, soins de longue durée). Depuis cette date nous sommes dans l'attente de décisions claires...

Le point de vue de la CGT sur la Réforme de la Tarification des EHPAD

La Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes, le cahier des charges faisant référence à des pratiques précises et adaptées, sont autant de critères pour appuyer une réforme de la tarification solidaire et efficace.

Une réforme de la tarification est nécessaire : l'allongement de la durée de vie, les éléments de diminution ou de perte de l'autonomie liés à l'âge, aggravés par de multiples facteurs (poly-pathologies, altération de la santé consécutive à l'inadaptation de l'activité professionnelle etc...) sont des critères qui doivent nécessairement être pris en compte dans le financement des établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes.

La réforme mise en place est insuffisante. Certains aspects peuvent servir de points d'appui pour justifier et obtenir des moyens (humains, matériels, architecturaux). Pour autant d'autres aspects demeurent négatifs :

Le transfert de charges, inadmissible, de la Sécurité Sociale vers les usagers et les Conseils Généraux, donc les contribuables (exemple : les personnels AS, AMP, ne sont plus rémunérés qu'à 70% par l'Assurance Maladie, les 30% restants sont à la charge des usagers ou des Conseils Généraux...)

Le maintien de la banalisation de la dimension du soin en gériatrie et du rôle référant, pourtant essentiel, de l'infirmière.

Le soin relationnel « oublié », seuls les soins de base et techniques sont mentionnés...

La prise en charge médicale constante inégale. Pour un même GIR très élevé, et donc pour une évaluation égale de la dépendance, certaines personnes résident en Maison de retraite et d'autres en Unités de Soins de Longue Durée. Le niveau de prestations et de soins n'est pas identique. Pour remédier à cette inégalité, le gouvernement prévoit de ne plus différencier les Soins de Longue des catégories «Soins Courants» et «Sections de Cure Médicale» et donc de diminuer davantage le niveau de prestations...

La lourdeur de gestion et de lisibilité du dispositif de la réforme, obligeant à distinguer les affectations budgétaires en fonction des 3 éléments tarifaires : Hébergement, Dépendance, Soins...

La notion de perte d'autonomie apparaît dans le contenu de cette réforme à travers la mise en place d'un tarif dépendance. L'A.P.A. (dont les modalités d'attribution sont actuellement remises en cause par le gouvernement Raffarin) participe au financement du tarif dépendance, mais elle est financée par le Conseil Général et non de manière solidaire par la Sécurité Sociale. De plus, une partie de ce tarif reste à la charge de l'usager à travers l'acquittement d'un ticket modérateur.

Les signatures obligatoires de conventions tripartites à partir d'un cahier des charges précis et qualitatif (revendiqué par la CGT) est un bon point d'appui que nous devons absolument utiliser pour justifier et exiger des moyens en effectifs, équipements, structures, permettant de répondre efficacement aux attentes et aux besoins des personnes âgées.

Cette réforme contribue à diminuer la part qui devrait être prise en charge par la sécurité Sociale, au détriment des personnes âgées, leurs familles, les contribuables. Les améliorations concrètes, se font attendre dans de nombreux établissements. Le nombre de Conventions Tripartites signées est très insuffisant...et de ce fait les effets positifs de la mise en place de la réforme de la tarification des EHPAD sont difficiles à mesurer...

Il y a urgence à agir tous ensemble pour exiger un financement solidaire par la Sécurité Sociale, dans le but d'améliorer véritablement la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et les conditions de travail désastreuses des personnels.

Textes relatifs à la réforme de la tarification des EHPAD

- Loi relative à la réforme de la tarification : 24/01/97 - N° 97.60 (titre 5)
- Recommandations du comité des ministres aux états membres, relatives à la dépendance :
18/09/98
N° R 98-9
- Décret relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD : 26/04/99 - N° 99-316
- Décret relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD : 26/04/99 - N° 99-317
- Décret modifiant les décrets du 26 avril 99, relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD : 04/05/2001 - N° 2001-388
- Arrêté fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle : 26/04/99
- Arrêté relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale : 26/04/99
- Arrêté relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire : 26/04/99
- Circulaire relative aux premières dispositions à prendre pour la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des EHPAD : 21 mai 1999 - DAS/MARTHE/MES/CAB N° 99-294
- Circulaire relative à la réforme des unités de soins de longue durée...15/06/99 -
MARTHE/DAS/DH-EO
4-AF 2 N° 99-945
- Courrier relatif au maintien des soins de longue durée dans leur statut sanitaire: 01/07/2002 -
DHOS
- Circulaire relative aux modifications des dispositions relatives à l'hébergement des personnes âgées 01/09/2000 - N° 59 bis-2000
- Circulaire relative à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD :
15/09/2000 - DGAS/MARTHE/DHOS/DSS N° 2000-475
- Circulaire relative à la mise en oeuvre de l'instruction budgétaire et comptable dans les EHPAD de statut public 21/11/2000 - DGAS/5B/DGCP/6B N°2000-570
- Circulaire relative aux reprises sur les comptes de réserves de trésorerie... : 21/05/2001 -
N°2001-218

- Circulaire relative aux décrets 316 et 317 du 26 avril 99 et 388 du 04 mai 2001 : 29/05/2001 - N°2001-241
- Circulaire relative à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé : 21/06/2001 - DHOS6F2/MARTHE/DGAS N° 2001-276
- Circulaire relative à la formation et à la qualification des personnels des EHPAD : 23/10/2001 - N°2001-506
- Circulaire relative à la campagne budgétaire 2001 : 26/10/2001 - N° 2001-516
- Circulaire relative à la campagne budgétaire 2002 : 27/11/2001- N° 2001-569
- Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale : 02/01/2002 – N° 2002-2
- Projet de décret relatif au conseil de la vie sociale et aux formes de participation institués à l'article L 311-6 du code de l'action sociale et des familles
- Loi précisant les droits du malade : 04/03/2002 N° 2002-303
- Circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement visant à garantir l'accès aux soins palliatifs : 19/02/2002 - N° 2002-98
- Circulaire relative à l'amélioration des filières de soins gériatriques : 18/03/2002 - N° 2002-157
- Circulaire relative à la prise en compte des médicaments : 10/04/2002 - N°2002-205
- Circulaire relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : 16/04/2002 - N°2002-222
- Décret n°2003-1010 du 22/10/10/03 relatif à la gestion budgétaire
- Circulaire relative à la campagne budgétaire du 30/08/04 : N°2004-415
- Arrêté du 25 octobre 2004 portant extension d'avenants à la convention collective nationale de l'hospitalisation privée (n° 2264)
- Arrêté du 20 décembre 2004 relatif à la hausse du tarif des prestations des maisons de retraite (tarif hébergement 2005)
- Circulaire DHOS/F2/DSS/1A/DGAS/2C n°2005-478 du 21/10/2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005
- Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la hausse du tarif des prestations des maisons de retraite
- Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs

- Décret n° 2006-422 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil et modifiant le code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2006-584 du 23 mai 2006 relatif à la tarification, au financement et à l'administration provisoire de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Décret n° 2006-642 du 31 mai 2006 relatif au financement et à la tarification de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Arrêté du 12 décembre 2006 relatif à la hausse du tarif des prestations des maisons de retraite
- Décret n°2007-399 du 23/3/07 relatif à la tarification
- Circulaire budgétaire du 06/04/07
- Arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis
- Décret du 31/10/07 relatif à la compensation des surcoûts d'exploitation
- Circulaire du 29/01/08 sur la tarification d'office
- Arrêté du 14/04/08 sur le calcul du forfait global de soins en établissement
- Décret n° 2008-1500 du 30 décembre 2008 relatif à la réglementation financière et budgétaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Arrêté du 18 décembre 2008 relatif à la hausse du tarif des prestations des établissements accueillant des personnes âgées
- Arrêté du 05 juin 2009 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Loi n°2009-879 du 21/07/09 : loi HPST
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Arrêté du 26/02/09 fixant les tarifs plafonds
- Arrêté du 24 avril 2009 modifiant l'arrêté du 26 février 2009 fixant les tarifs plafonds
- Arrêté du 28 décembre 2009 relatif à la hausse des tarifs des établissements accueillant des personnes âgées

- Arrêté du 28 février 2011 pour les EHPAD exerçant une activité de pôle d'activités et de soins adaptés ou d'unité d'hébergement renforcée
- Circulaire n° DSS/MCGR/2011/96 du 11/03/2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux en EHPAD.
- Circulaire n° DGCS/SC/DSS/1A/2011/160 du 29/04/11 relatives aux orientations pour l'exercice budgétaire 2011 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées
- Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'HPST
- Circulaire n° DGCS/SD3A/DGOS/SRD/2011/362 du 19/09/11 relative à la mesure 16 du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.
- Arrêté du 19 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 8 décembre 2010 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 6 février 2012 portant modification de l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire
- Arrêté du 4 janvier 2012 relatif aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées
- Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins...
- Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
- Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

- **Fiche technique**
- **Notre expression CGT**
- **Textes réglementaires relatifs à l'A.P.A.**

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

La loi du 20 juillet 2001 instaure L'Allocation Personnalisée d'Autonomie, le décret du 20 novembre 2001 en précise les modalités d'attribution et le financement.

Mise en application	Depuis le 1 ^{er} janvier 2002
Bénéficiaires	Les personnes âgées de 60 ans et plus, dépendantes, du GIR 1 à 4 Le Gouvernement projette d'exclure le GIR 4
Participation du bénéficiaire	<u>A domicile</u> : participation à une fraction de 5% du plan d'aide. Le seuil d'exonération de participation passerait de 949 € à 623 € avec le projet de décret du 04/02/2003 <u>En établissement</u> : acquittement d'un ticket modérateur
Conditions d'attribution	Versée sans plafond de ressources Modulée en fonction du montant des ressources et du niveau de GIR Concerne les personnes de 60 ans et plus maintenues au domicile, et les personnes de 60 ans et plus hébergées en établissement (EHPAD)
Barèmes	Barème distinct pour le maintien à domicile ou l'hébergement en EHPAD A domicile : logique de calcul identique sur l'ensemble du territoire, montant de l'APA égale au coût du plan d'aide diminué d'une participation du bénéficiaire calculée en fonction de ses ressources. Le projet de décret du 04/02/2003 prévoit un pourcentage de participation de la personne nettement plus important, passant de 5% à 12%... En établissement : tarif arrêté en fonction du tarif dépendance de l'établissement
Contrepartie	Pas de recours sur succession et donation... après de nombreuses étapes d'intervention et de discussion, notamment avec la CGT, avant la mise en place de l'APA ... A ce jour, réelle volonté du Gouvernement actuel de revenir sur cet acquis important !
Gestion	Gestion et décision d'attribution de l'APA confiées aux Conseils Généraux Fonds de financement par : CSG, Assurance Vieillesse, Département
Procédure	Le bénéficiaire ou son représentant légal doit en faire la demande. Actuellement, versement à la date de la demande. Le Gouvernement prévoit le versement à la date de décision prise par le CG
Degré de la perte d'autonomie	Évalué à l'aide de la grille AGGIR, par une équipe médicale et para-médicale, et contrôlé par une équipe médico-sociale de la Direction de la Solidarité Départementale (Conseil Général)

Textes relatifs à l'Allocation Personnalisée à l'autonomie

Loi N° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret N° 2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation au fonds de financement prévus par la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Loi n° 2003-289 du 31 Mars 2003 (J.O. 1/4/03) relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n° 2003-278 du 28 Mars 2003 relatif aux conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n° 2003-1057 du 5 novembre 2003 relatif à l'allocation personnalisée d'autonomie et modifiant les décrets n° 2001-1084 et n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 et n° 2003-278 du 28 mars 2003.

LOI n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (Art.12)

Décret n° 2003-1057 du 5 novembre 2003 relatif à l'allocation personnalisée d'autonomie et modifiant les décrets n° 2001-1084 et n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 et n° 2003-278 du 28 mars 2003

DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS DANS LES EHPAD

- **Textes réglementaires**
- **Expression CGT**

Textes réglementaires

- **Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996**, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers
- **Circulaire DGS/PS3/DAS N°99-320 du 4 juin 1999** relative à la distribution des médicaments.
- **Décision n°233939 du CE du 22 mai 2002** Le Conseil d'État a jugé que relève de la compétence des aides-soignants la distribution des médicaments lorsqu'il s'agit d'apporter une aide, un soutien à une personne qui a perdu son autonomie
- **Arrêté du 25 janvier 2005** relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant