

**LA FNAPAEF**

**Fédération Nationale des Associations et amis de Personnes Agées**

**A l’issue du premier colloque des usagers**

**Le 5 octobre 2016 à Châteauroux**

**Propose ses regards politiques**

**Pour une société qui s’adapte**

**Aux personnes quel que soit leur âge**

[**www.fnapaef.com**](http://www.fnapaef.com)

**Novembre 2016**

**pour les politiques publiques et les factures, pour le financement du handicap ou de la perte d’autonomie, nos regards nous portent vers :**

* L’image d’une société solidaire qui porte un regard positif sur chacun à tout âge.
* Une politique de santé publique qui prenne en charge le handicap et la perte d’autonomie sans aucun critère discriminatoire d’âge, sans différenciation de causes accidentelles ou médicales quelles qu’elles soient.
* Une politique de santé publique basée sur la reconnaissance du fait que toutes les pertes d’autonomies sont les conséquences de problèmes de santé.
* Une politique de santé publique qui fasse passer la charge du soin et de l’accompagnement au domicile à 85% sur un dispositif d’aidants professionnels alors que cette charge repose actuellement sur les aidants familiaux.
* Une refonte totale du financement des Ehpad. Le passage de 3 colonnes budgétaires- hébergement, dépendance, soins- à 2 colonnes budgétaires - le soin et l’hébergement-.
* Une colonne soins versée par les ARS qui prendra en charge tout ce qui relève du soin dont notamment 100% des frais d’aides-soignantes mais encore les aides médico-psychologiques, la kiné d’entretien général, la diététique, l’hygiène bucco-dentaire qui est la première cause de dénutrition, tout le linge à usage unique y compris les protections urinaires, le petit matériel médical etc…
* Une évolution de la culture médicale qui laisse une place à l’autonomie et à la qualité de vie choisie par les usagers, avec des repas plaisir qui donnent aux personnes le goût et le plaisir de se nourrir.
* Des Ehpad dotés de moyens et d’effectifs suffisants pour accompagner des personnes en fin de vie ou qui souffrent de problèmes médicaux lourds ou chroniques.
* Une facture d’hébergement qui ne comportera pas la charge du bâti, ni les intérêts des emprunts de l’établissement. On pourrait envisager de procéder comme dans l’enseignement où les bâtiments mis à disposition, sont la propriété du Conseil Départemental ou du Conseil Régional.
* Une facture d’hébergement dont le niveau sera en rapport avec les revenus de l’usager utilisateur et avec le montant des retraites qui lui sont allouées par les mêmes pouvoirs publics.
* Un tarif hébergement de base contrôlé par une autorité de régulation.
* La mise en place de plusieurs filières, une pour les personnes désorientées qui ont une espérance de vie plus longue et une autre pour les personnes qui sont dans leur dernier parcours de vie.
* Un dispositif d’aide sociale sans récupération sur héritage ou dans lequel le plafond de l’actif successoral serait sensiblement relevé de manière à ne pas spolier des héritiers souvent eux-mêmes en position de fragilité. Ou encore vers une aide sociale de type allocation de complément de ressources non récupérable comme c’est le cas pour l’aide médicale gratuite.
* Un financement adapté à l’enjeu et aux objectifs définis qui repose sur une solidarité nationale intergénérationnelle du type 5° risque.

**Pour les soins et les liaisons domicile - Ehpad, nos regards nous portent vers :**

* Un dispositif d’accompagnement des aidants qui fasse porter 85% de la charge des soins et de l’accompagnement sur les professionnels.
* Une réelle possibilité de choisir le lieu et le moment où la personne souhaite ou a besoin d’entrer en établissement, ce qui nous ramène à l’accessibilité financière des Ehpad.
* Une assistance aux aidants pour se préparer à vivre l’après domicile et maintenir le lien quand leur proche entre en établissement.
* La mise en place d’équipes mobiles psycho-gériatriques et le développement de la HAD en établissements pour permettre aux résidents de finir leur vie en Ehpad en limitant toutes les hospitalisations « inutiles ».
* La présence d’infirmiers la nuit dans les Ehpad, ce qui renforce le point ci-dessus.
* Le développement de partenariats entre tous les acteurs concernés.
* La conception et la réalisation d’une culture intergénérationnelle de nature à positiver le regard social sur le grand âge.

**Pour les projets d’accompagnement, nos regards nous portent vers :**

* Le développement général de la compétence à prendre soin des personnes, qui passe par la présence, l’écoute, le savoir-faire et le savoir-être et par l’accompagnement du bien-être physique et moral.
* Des profils embauchés adéquats, bien payés et managés dans le sens indiqué ci-dessus.
* Des professionnels du domicile et des établissements tous formés aux soins et au prendre-soin ainsi qu’à la communication non-verbale avec les personnes qui souffrent de troubles cognitifs.
* Des ratios de personnels plus importants avec 0.7 voire 1 ETP pour les sections Alzheimer et fin de vie. Ceci était un engagement du plan solidarité grand-âge, engagement non-tenu.
* Du temps qui n’est pas de l’argent mais du respect de la dignité.

**Pour la qualité de vie et son management, nos regards nous portent vers :**

* Une progression de l’évaluation de la qualité de vie ressentie par les usagers.
* Une évolution radicale du top-management des établissements actuellement trop axés sur la gestion au détriment de la qualité.
* Une sélection des futurs directeurs sur la base de critères humanistes et relationnels.
* Une formation des futurs directeurs, dans les écoles, qui mette l’accent sur la qualité, les projets d’accompagnement, la vie sociale et démocratique, le relationnel avec les usagers et les familles.
* La mise en place ou le développement d’un partenariat permanent entre usagers, proches et professionnels de toutes compétences.
* Des campagnes de revalorisation des métiers du soin et de l’accompagnement des personnes handicapées de tout âge.
* Des équipes bien formées, bien payées, suffisamment nombreuses et stables dans la durée.

**Pour l’équilibre entre sécurité et choix de vie, nos regards nous portent vers :**

* Des projets d’accompagnement personnalisés dignes de ce nom.
* Des projets d’accompagnement qui ne soient pas dépersonnalisés par une application abusive ou par trop craintive des règles de sécurité.
* Un rabotage des règles sécuritaires au plus haut niveau.
* Une révision du regard que les directions, les professionnels et les familles portent ensemble sur le juste équilibre entre le respect du projet d’accompagnement et la sécurité.
* Le coût des dispositifs règlementaires de sécurité n’a pas sa place dans la facture d’hébergement.

**Pour le CVS et la démocratie médico-sociale, nos regards nous portent vers :**

* Des CVS qui ne sont plus regardés et donc plus traités comme une contrainte administrative mais comme une chance de faire vivre une instance de partage et de dialogue capable d’ajouter au climat social et à la qualité de vie dans l’établissement.
* Des écoles qui forment les futurs directeurs au sens et au bon usage du CVS, Conseil de la Vie Sociale.
* Des établissements qui documentent et forment les représentants des résidents, des familles et des professionnels au sens et à l’usage du CVS.
* Des directeurs qui viennent consulter le CVS, à savoir qui se mettent à l’écoute de leur CVS, sans crainte d’entendre la parole des usagers, des familles et des professionnels.
* Des élus des résidents, des familles et des professionnels qui se mettent et sont aidés par leur établissement à se mettre en situation de représenter les membres de leurs collèges.
* Des élus des familles capables d’animer un dialogue constructif permanent entre tous les acteurs.
* Des ordres du jour établis par les présidents de CVS qui contiennent des sujets tels les projets d’accompagnement personnalisés, la qualité de vie dans l’établissement, la relation entre les mesures sécuritaires et les choix de vie, l’accompagnement de la fin de vie ou encore le respect de la vie intime etc…
* Une évolution de la réglementation sur le CVS afin de mettre cette instance en accord avec les caractéristiques des usagers d’aujourd’hui et de demain.
* Une évolution du dispositif de représentation et de défense des droits des usagers du champ médico-social de nature à compléter le CVS et à construire des passerelles entre le sanitaire et le médico-social.

**Pour la protection des acteurs, nos regards vers le futur nous portent vers :**

* Une absence de besoin de protection au regard de tout ce qui est dit ci-dessus.
* Et si besoin, pour les usagers et les familles, un recours possible à un dispositif de représentation et de défense des droits des usagers du médico-social à construire comme cela est évoqué ci-dessus au point du CVS.

Note :

Pour compléter ces regards politiques, nous invitons les lecteurs à prendre connaissance de la [synthèse et des actes du colloque des usagers du 5 octobre 2016](http://www.fnapaef.com/colloque-national-programme-inscrip)