



SYNERPA

Pour une politique soutenue en faveur du Grand Age

LIVRE
BLANC
2012

A l'heure où les Français sont sur le point d'être appelés aux urnes pour les élections présidentielles puis législatives, **le SYNERPA, premier syndicat national des maisons de retraite privées**, souhaite remettre au cœur du débat la question cruciale de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Avec un quasi doublement des personnes de plus de 85 ans à l'horizon 2025 et un triplement à l'horizon 2040, l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie est un des principaux défis que va devoir relever la société française dans les décennies à venir.

Et c'est bien dans cette perspective que le SYNERPA souhaite apporter sa contribution.

Alors que les échéances électorales sont toujours l'occasion d'interpeller les candidats, nous avons, pour notre part, souhaité le faire dans un esprit constructif.

C'est la raison pour laquelle le Livre Blanc du SYNERPA se présente comme un document qui se veut :

- **Équilibré**, en rappelant aux candidats les progrès considérables accomplis par les professionnels du secteur durant les 15 dernières années, tout en précisant les voies d'amélioration qui restent à emprunter,
- **Pragmatique**, en ouvrant un dialogue avec les candidats sur la base de propositions de progrès financièrement soutenables tant pour les individus que pour les finances publiques,
- **Interrogatif**, en posant aux candidats qui souhaiteront y répondre, 5 questions clés permettant de mieux comprendre leurs projets respectifs sur ce thème cher aux Français.

Pédagogique, politique, imaginaire et citoyen, c'est ainsi que le SYNERPA a choisi de **poser la première pierre d'un dialogue pérenne avec les futurs élus**, afin de faire de ce défi démographique, économique, sociétal et humain, une chance pour notre pays.

Jean-Alain MARGARIT
Président du SYNERPA

Non aux grands soirs chimériques, oui aux petits matins constructifs



4 Quelques chiffres clés...



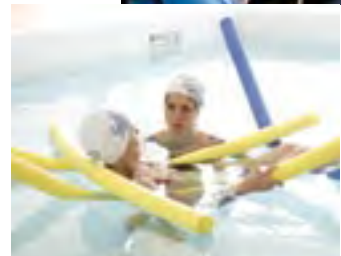
6 Un hébergement
moderne, sécurisé
et au juste prix



8 Redéfinir « la dépendance »
et mieux la financer



10 Vers un financement
plus efficient des soins
à la personne âgée



12 L'apport du secteur privé

14 L'emploi dans le secteur :
un autre enjeu de société



16 Le SYNERPA

Le secteur de l'accompagnement de la perte d'autonomie en France a été largement soutenu par les pouvoirs publics durant les 15 dernières années.

Depuis la loi de 1997, portant création de la première prestation spécifique dépendance, ce secteur s'est constitué autour d'un solide socle réglementaire lui permettant de connaître une profonde mutation en termes d'offre et de qualité de service.

- **Réforme de la tarification en mai 2001** qui apporte une « spécificité française » en organisant le secteur en 3 grands champs financiers : l'hébergement, la dépendance et le soin,
- **Création de l'APA en juillet 2001**, première allocation universelle à l'autonomie,
- **Loi du 2 janvier 2002**, véritable arsenal réglementaire en termes organisationnels,
- **Création de la contribution solidarité autonomie** en 2004,
- Deux plans « **Vieillesse et solidarité** » et un plan « **Solidarité Grand âge** » entre 2005 et 2010,
- Un plan Alzheimer en 2008,
- Une réforme de la tarification avortée en 2009,
- Enfin, la loi HPST et la création des ARS en 2010...

Pourtant, malgré un réel dynamisme réglementaire, nombreux sont ceux qui, eu égard au contexte démographique, réclament une « Réforme des Grands Soirs » : La grande réforme de la dépendance qui changera tout ! Et pour longtemps ! Une 5ème branche, un 5ème risque duquel l'argent coulerait à flot...

Mais vouloir améliorer tout à la fois, en établissement et à domicile, pour aujourd'hui et les 30 ans à venir, la prise en charge des soins, de l'aide à l'autonomie et des aides à l'hébergement, revient à vouloir dégager **10 milliards d'euros**, sur une seule réforme, ce qui paraît difficilement concevable dans le contexte économique actuel.

Pour le SYNERPA, la seule réelle démarche de progrès réaliste consiste à **maintenir, comme sur la dernière décennie, une politique du « pas à pas » soutenue en faveur du Grand âge** tant au niveau national qu'au niveau local :

- Augmentation annuelle et soutenue de l'ONDAM « personnes âgées »,
- Rééquilibrage progressif du fonds de concours de l'Etat vers les départements pour le financement de l'APA,
- Finalisation de la médicalisation de 2ème génération dans les établissements,
- Refonte de la tarification des services de soins à domicile,
- Amélioration du parcours de soins de la personne âgée,
- Rénovation des aides à l'hébergement...

Autant de pistes d'amélioration à intégrer dans un **plan cadre à financements échelonnés sur 15 ans**, soit 3 quinquennats, afin d'aborder sereinement la première échéance démographique décisive de 2025.

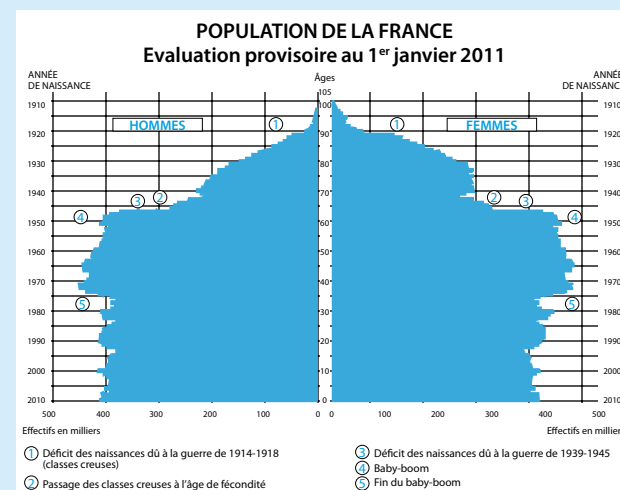
Florence ARNAIZ-MAUMÉ
Déléguée générale du SYNERPA

Un défi inscrit dans la démographie

Au nombre de 1,5 million actuellement, les personnes âgées de plus de 80 ans passeront à 6,1 millions en 2035 et à 8,4 millions en 2060.

Dans le même temps, et parce que toutes les personnes âgées ne deviennent pas dépendantes, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, (soit en réelle perte d'autonomie), passera lui de 1,15 million en 2010 à 1,55 million en 2030 et jusqu'à près de 2,3 millions en 2060.

Des chiffres à l'évolution extrêmement dynamique qui expliquent à eux seuls l'intérêt de prévoir et d'agir.



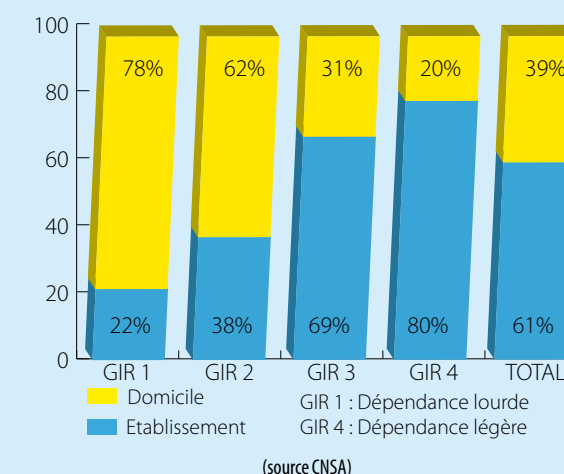
Des personnes accueillies fortement fragilisées

80% des personnes âgées vivent à domicile contre 20% en établissements.

Avec une moyenne d'âge en établissement de 87 ans et une moyenne d'âge à l'entrée de 85 ans, les personnes entrent en établissement de plus en plus tard et souvent à l'issue d'une période plus ou moins longue de maintien à domicile, couplant aides familiales et professionnelles.

Souffrant de 7 à 8 pathologies en moyenne et présentant à plus de 50% des troubles Alzheimer ou apparentés, la durée moyenne de séjour est désormais de l'ordre de 18 à 20 mois. (Source : Groupe de travail «Stratégie pour la couverture de la dépendance»)

Répartition des bénéficiaires de l'APA entre le domicile et l'établissement au 30 septembre 2010



Un secteur public majoritaire

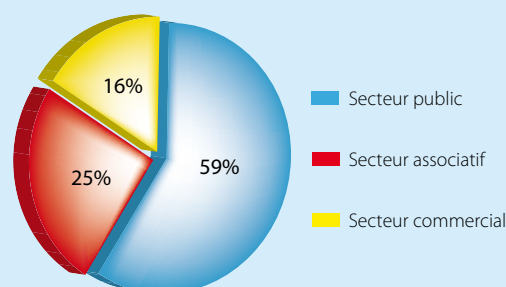
10 300 établissements hébergent 680 000 personnes âgées en France.

Avec 6 800 établissements, les EHPAD représentent environ 67% de ce total, les établissements pour personnes autonomes, 31% et les unités de soins de longue durée sanitaires, 2%.

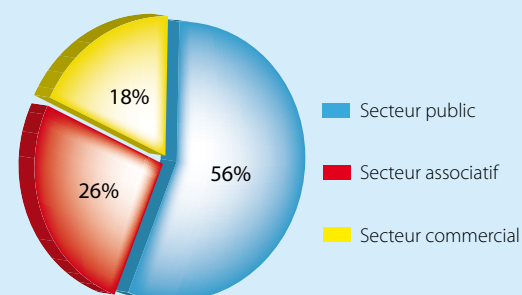
Capables d'accueillir une population fortement dépendante, ce sont surtout les 514 000 lits gérés par les 6800 EHPAD qui ont fait l'objet dans les 10 dernières années d'une attention particulière des pouvoirs publics.

Cette offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est aujourd'hui à 56% publique, à 26% privée associative et à 18% privée commerciale.

Répartition des 680 000 lits d'hébergement pour personnes âgées en fonction du statut de la personne morale gestionnaire



Répartition de l'offre en EHPAD en fonction du statut de la personne morale gestionnaire



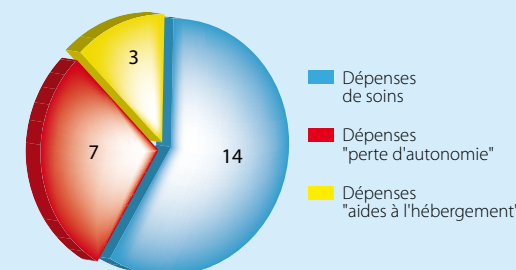
Des fonds importants dédiés au Grand âge

34,6 milliards d'euros, c'est le montant des crédits publics et privés dédiés en France à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en établissement et à domicile.

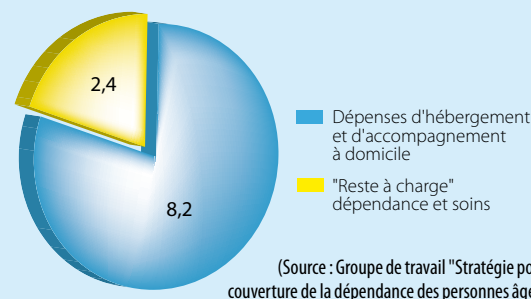
Sur ces 34,6 milliards d'euros, 24 milliards sont des crédits publics et 10,6 milliards des crédits privés.

Si la dépense publique est principalement axée sur l'accompagnement des soins et de la perte d'autonomie, en revanche, la dépense privée est largement dirigée vers l'hébergement et l'aide à domicile.

Répartition des crédits publics dédiés au financement de la perte d'autonomie (Sur 24 milliards d'euros)



Répartition des crédits privés dédiés au financement de la perte d'autonomie (Sur 10,6 milliards d'euros)



Un exceptionnel bond en avant qualitatif

Le niveau de qualité des établissements d'hébergement pour personnes âgées a connu au cours des 15 dernières années une formidable progression. **Un saut qualitatif dû aussi bien à une politique volontariste des pouvoirs publics qu'aux efforts soutenus des professionnels.**

De cela, les décideurs politiques doivent avoir conscience : pour quelques cas qui défraient encore parfois la chronique, le niveau général de confort, de qualité et de soins a connu un véritable bond en avant au cours de la dernière décennie.

Le suivi d'une démarche qualité dynamique

Née dans les années 2000, grâce à l'avènement des conventions tripartites de 1^{ère} génération, la notion de « démarche qualité en EHPAD » contrôlée et évaluée par les pouvoirs publics bat aujourd'hui son plein avec le chantier en cours des évaluations internes et externes dirigé par l'ANESM, l'agence nationale en charge de la qualité, créée en 2007.

Avec la mise en place de procédures et de protocoles définissant les bonnes pratiques professionnelles mais aussi d'outils de contrôles, de suivi et de notations, avec la formation permanente des personnels et des enquêtes de satisfaction annuelles et anonymes, **cette recherche permanente du « meilleur service rendu » est désormais globalement bien intégrée.**

Certains ont même fait le choix d'associer à la démarche d'évaluation prévue par la loi, une démarche volontaire de certification de services avec SGS ou AFNOR.

Critères de sélection des établissements par les résidents et leurs proches (Source : DRESS 2011 « dossiers solidarités et santé N°18 : la vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches »)

Sur quels critères avez-vous sélectionné ce ou ces établissement(s) ?	Résident	les proches
La situation géographique	48	69
La bonne réputation	33	33
Le délai d'attente	7	17
L'adaptation à l'état de santé	8	14
Le coût	3	13
Services et commerces	6	5
Autres critères	9	1

Un encadrement drastique en termes d'hygiène, de sécurité et d'accessibilité

Au-delà de la démarche qualité, la question « hygiène, sécurité, accessibilité » est cruciale dans les établissements accueillant un public grandement fragilisé. Et là encore, la pression réglementaire n'a jamais été aussi forte.

Climatisation et groupes électrogènes obligatoires, normes de sécurité incendie évolutives, normes d'hygiène renforcées en matière de restauration, de traitement du linge ou d'approvisionnement en eau...

Les décideurs publics et le législateur doivent, d'ailleurs à ce titre, avoir parfaitement conscience que **chaque nouvelle norme édictée en la matière, pèse de façon directe ou indirecte à 100% sur le tarif hébergement.**

Un tarif hébergement maîtrisé eu égard au service rendu

Ainsi, devant l'ensemble des charges immobilières, salariales, fiscales, de fonctionnement et de sécurité qui pèsent aujourd'hui sur les EHPAD, nous, professionnels du SYNERPA, n'hésitons pas à le dire :

Un hébergement dans un cadre de vie sécurisé, d'environ 50 à 55 m² par résident (espaces collectifs compris), 24h/24 et 365 jours par an, comprenant **le gîte, l'entretien, la restauration, l'animation et l'accompagnement permanent sur demande, au tarif moyen de 60 à 70 € par jour, constitue un prix juste.**

A ce titre, la comparaison avec le tarif d'une nuit dans un hôtel modeste sans prestations annexes et sans petit déjeuner à 60€ permet de mesurer les efforts accomplis par les professionnels du secteur.

Le tarif hébergement mensuel moyen, observé par la DREES en 2009, s'élève à 1553 € dans les établissements privés associatifs et à 2097 € dans les établissements privés commerciaux. A moins de revoir l'ensemble des normes qualitatives, d'hygiène, de sécurité voire de superficie, ce tarif hébergement est incompressible.

Il faut donc que les pouvoirs publics locaux en aient bien conscience et sollicitent **des tarifs hébergement réalistes dans le cadre des nouveaux appels à projets.**

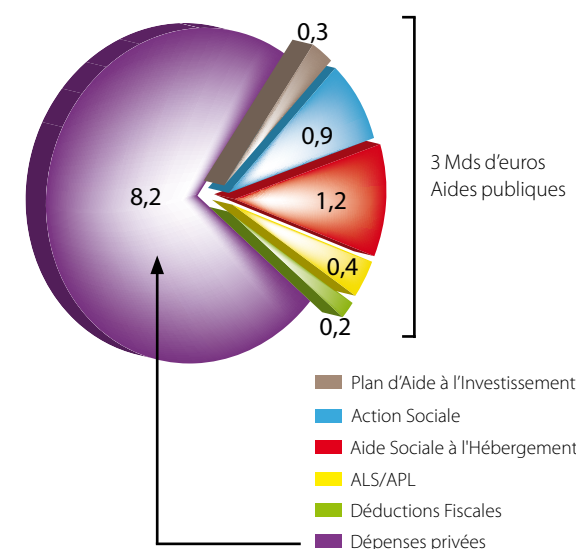
Mais un tarif hébergement mal solvabilisé

Comme de nombreux professionnels et acteurs politiques de tous bords s'accordent à le dire, **c'est donc bien sur la solvabilisation de ce tarif qu'il faut porter le fer.**

Entre une « habilitation à l'aide sociale » désuète, qui ne remplit plus tout à fait son rôle, des aides sociales à l'hébergement disparates et mal ciblées et des déductions fiscales qui touchent surtout les plus aisés, **le chantier de la rénovation des aides à l'hébergement doit impérativement être posé lors du prochain quinquennat** afin que l'aide publique puisse atteindre sa cible : ceux qui en ont le plus besoin !

Ces aides à l'hébergement d'un montant global de plus de 3 milliards d'euros, doivent d'abord être profondément repensées avant d'être mieux soutenues financièrement.

Les dépenses publiques et privées liées à l'hébergement
(Sur 11,2 milliards d'euros)



(Source : groupe de travail "Stratégie pour une couverture de la dépendance")

Les 5 propositions du SYNERPA

Prévoir un référentiel commun à tous les EHPAD en matière d'évaluation externe et de reconnaissance de la certification de services

Adapter un certain nombre de nouvelles règles en termes d'accessibilité en EHPAD qui vont mécaniquement augmenter le tarif hébergement

Rendre obligatoires et concertées, les études d'impact de tous les décrets d'application touchant le tarif hébergement en EHPAD

Rénover le système de l'habilitation à l'aide sociale et les aides à l'hébergement

Faciliter le recours aux assurances privées

Un financement de la dépendance « stricto sensu » insuffisant

C'est en 2001 qu'a été mis en place le dispositif original d'aide à l'autonomie universelle, décentralisé aux Conseils généraux, que nous connaissons aujourd'hui : **le tarif dépendance et l'APA.**

En marge de l'hébergement et des soins, le parti pris des pouvoirs publics français, a ainsi été, contrairement à nos voisins européens, d'isoler les charges liées « stricto sensu » à la perte d'autonomie et de les solvabiliser, en partie seulement, par l'aide personnalisée à l'autonomie.

Ainsi, sur une dépense nationale globale liée à la perte d'autonomie « stricto sensu » estimée à 8,5 milliards d'euros, près de 2 milliards restent à la charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Alors que le montant du tarif hébergement que doit acquitter la personne âgée et sa famille est déjà jugé trop important, ce « reste à charge » dépendance doit être corrigé en priorité.

Les tarifs « dépendance » en EHPAD

Sur le terrain et très concrètement, chaque EHPAD se voit donc fixer individuellement chaque année par le Président du Conseil général, 3 tarifs « dépendance » calculés en fonction de ses propres charges liées à la perte d'autonomie de ses résidents :

- un tarif « dépendance lourde Gir 1/ 2 » de 18/19 € par jour en moyenne
- un tarif « dépendance moyenne Gir 3/ 4 » de 11/12 € en moyenne
- Un tarif « autonome Gir 5/ 6 » de 5/6 € en moyenne.

Un de ces 3 tarifs est acquitté par le résident en fonction de son niveau de perte d'autonomie mais **l'APA ne vient solvabiliser qu'une partie de ce tarif laissant à la charge de tous les résidents, autonomes ou dépendants, le montant du tarif Gir 5/6 autrement appelé « ticket modérateur dépendance ».**

Ce ticket modérateur de 5 à 7 € par jour, correspond donc à une dépense supplémentaire pour la personne hébergée, en sus de l'hébergement, de 150 à 200 € par mois.

Pour la suppression du ticket modérateur dépendance

L'existence de ce ticket modérateur est d'autant plus contestable, que 30% des charges salariales liées au travail des aides-soignantes en établissement pèsent sur les tarifs « dépendance ».

Alors qu'à domicile, dans le secteur sanitaire ou du handicap, les charges d'aide-soignante sont très normalement financées à 100% par l'Assurance maladie, une spécificité du secteur des EHPAD aboutit au fait que l'Assurance maladie n'en finance que 70%, laissant à la personne âgée, par le biais du ticket modérateur, le soin de financer les 30% restants.

Un juste retour de cette charge salariale d'aide-soignante à 100% vers l'Assurance maladie, échelonné sur plusieurs années afin d'absorber le flux et le stock, pourrait permettre de baisser le montant du ticket modérateur acquitté par les résidents jusqu'à sa totale suppression.

Une variabilité des tarifs sans fondement

Principalement basé sur les charges annuelles effectives de l'établissement, **les tarifs « dépendance » fixés par les Présidents de Conseils généraux souffrent d'une grande variabilité entre les établissements pour un même état de dépendance**, faisant ainsi varier corrélativement le montant de l'APA et par voie de conséquence celui du ticket modérateur restant à la charge de la personne. Ce système profondément injuste, inégalitaire et incompréhensible pour les résidents, qui tient au mode de calcul des tarifs dépendance en EHPAD, a connu en 2009 un début de réforme malheureusement avortée.

La Loi de finances de la sécurité sociale pour 2009 avait, en effet, prévu l'abandon de la procédure actuelle de fixation des tarifs. **Une tarification dite « à la ressource », simple et automatique, adaptée aux besoins de la personne en fonction de son niveau de dépendance devait être mise en œuvre.**

Malheureusement, cette mesure forte de la LFSS 2009, permettant de rétablir l'égalité de traitement de la personne âgée en établissement devant l'APA, n'a jamais été suivie des décrets permettant son application effective.

Des dépenses d'APA dynamiques à 40 ans

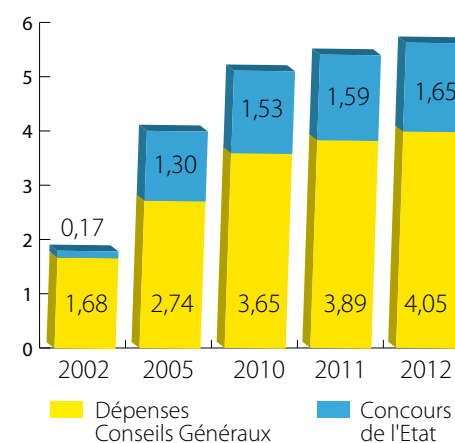
5,3 milliards d'euros pour 1,15 million de bénéficiaires, voilà ce que coûte aujourd'hui à l'Etat et aux départements, l'Aide Personnalisée à l'Autonomie.

Mais deux difficultés majeures menacent la survie de cette aide originale, universelle et non récupérable sur succession :

Son financement à moyen terme puisque 72% de la dépense pèsent aujourd'hui sur les Conseils généraux contre 28% seulement sur l'Etat qui, malgré la hausse significative des allocataires, n'a jamais augmenté son fonds de concours depuis 2001,

Son financement à long terme puisque si l'APA coûte aujourd'hui 5,3 milliards pour 1,15 million de personnes âgées, **elle en coûtera 7,1 milliards d'euros en 2030** pour 1,55 million de bénéficiaires et **10,6 milliards d'euros en 2060** pour 2,3 millions de bénéficiaires, et ce, à périmètre et à euro constant...

Montant total des dépenses d'APA réparties entre les Conseils Généraux et l'Etat (en milliards d'euros)



(Source : DREES/CNSA)

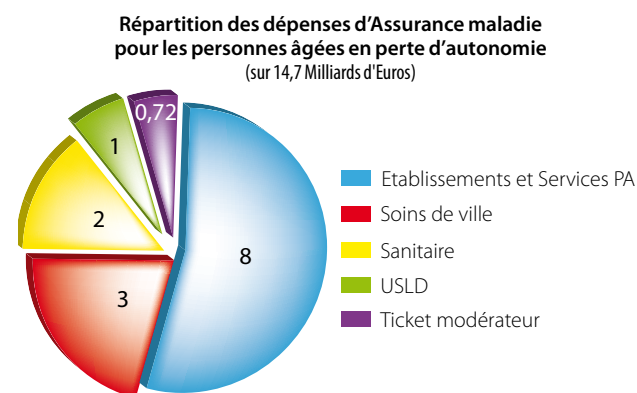
Les 5 propositions du SYNERPA

- **Mettre en application effective la tarification « à la ressource dépendance » simple et lisible, issue de la LFSS 2009**
- **Basculer progressivement les 30% de charges AS/AMP vers le tarif soins dans le cadre des conventions tripartites de 2^{ème} et de 3^{ème} génération**
- **Supprimer progressivement le ticket modérateur dépendance, soit environ 150/200€ par mois et par résident, qui constitue une dépense bien individualisée dont la suppression sera facile à vérifier**
- **Augmenter progressivement le fonds de concours de l'Etat au financement de l'APA afin de rétablir à 10 ans un équilibre de financement entre Etat et Conseils généraux**
- **Pour une visée à long terme, réfléchir à une nouvelle source de financement mixant solidarité nationale, gage patrimonial et assurance privée**

Une enveloppe globale de dépenses de 14,7 milliards d'euros

C'est dire si le sujet de la perte d'autonomie prend une nouvelle ampleur quand on y associe, *in fine*, en marge de l'hébergement et de la dépendance, la question des soins délivrés à la personne âgée.

Financée à hauteur de 14 milliards par l'Assurance maladie, cette enveloppe de dépenses laisse apparaître un ticket modérateur « soins » de 720 millions d'euros à la charge des personnes âgées en perte d'autonomie.



(Source : groupe de travail "Stratégie pour la couverture de la dépendance")

L'interpénétration des sous-enveloppes

Ces 14 milliards de crédits d'assurance maladie destinés à la personne âgée en perte d'autonomie sont annuellement répartis en 3 sous-enveloppes :

- **Médico-social**, à destination des établissements et services pour 8 milliards d'euros,
- **Soins de ville**, à destination des intervenants libéraux pour 3 milliards d'euros,
- **Sanitaire**, à destination des hôpitaux, des cliniques et USLD pour 3 milliards d'euros.

Cette répartition témoigne à elle seule du nombre important d'intervenants de santé qui gravite autour de la personne âgée en perte d'autonomie, souvent polypathologique. Elle permet également de mieux comprendre que **toute recherche d'efficacité, voire d'économie, passera**

inévitablement par une plus grande fongibilité entre ces sous-enveloppes et une meilleure coordination des différents acteurs. Les Agences régionales de santé ont en partie été créées pour cela.

A cet égard, la réflexion en cours par les pouvoirs publics sur le parcours de soins de la personne âgée, sur la réintroduction du médicament et des intervenants libéraux, dans le forfait soins des EHPAD ou sur la coordination des différents intervenants doit être maintenue, recadrée et soutenue.

La convention tripartite, outil de modernisation reconnu

Outil majeur du secteur des EHPAD depuis 2001, la convention tripartite est un acte juridique fort, signée par l'ARS, le Conseil général et l'établissement, pour 5 ans renouvelables. Elle est indispensable à ce dernier pour pouvoir accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie et leur délivrer des soins. Cette convention oblige l'établissement à développer une « démarche qualité » à 5 ans, selon un référentiel précis et des plans d'actions validés, afin de bénéficier en retour de crédits d'assurance-maladie et d'APA pour financer du personnel soignant et d'accompagnement salarié.

Entre 2001 et 2007, près de 6 000 établissements sont passés dans ce nouveau dispositif. Bien qu'un peu étrié financièrement, il a eu l'immense mérite de créer des équipes soignantes salariées dans tous les EHPAD, augmentant ainsi significativement la qualité du niveau de prise en charge.

Le conventionnement de 2^{ème} génération, un retard préjudiciable

Dès 2006, les premiers renouvellements devaient commencer. C'est à ce moment et grâce à la « journée de solidarité », qu'a été **introduit dans la législation, le conventionnement « Pathos » de 2^{ème} génération.** Basé sur l'état de dépendance des personnes accueillies mais également, vraie nouveauté, sur le besoin en soins requis des résidents polypathologiques, **les dotations soins des établissements sont, par ce nouveau biais, abondées par l'Assurance maladie de 30 à 40%.**

Mais alors qu'en 2012, le conventionnement tripartite de 2^{ème} génération aurait dû être achevé pour la quasi-totalité des 6000 établissements, **seuls 50% des établissements ont pu renouveler leur convention.**

Lenteurs administratives, dévoiement des crédits dédiés aux conventions tripartites vers de la rénovation d'établissements ou vers le plan Alzheimer, tout a été fait pour que cette réforme, pourtant seule de nature à améliorer 100% de l'offre, soit ralentie.

Le conventionnement de 3^{ème} génération, qui n'a toujours pas été préparé par les pouvoirs publics, touchera quant à lui, 381 établissements dès 2012, près de 1300 en 2013 et près de 1000 en 2014...

Vers une tarification dite « à la ressource »

Aussi bon que soit le dispositif de convention tripartite, une seconde difficulté demeure dans son application : les tarifs soins souffrent également d'une trop forte variabilité entre établissements.

Avec des différences de dotations soins pouvant aller de 1 à 3, le nombre de personnels soignants par établissement pour une même population accueillie varie lui aussi de 1 à 3 salariés...

Ainsi, **le SYNERPA prône, là encore, le passage à une tarification dite "à la ressource" : une tarification à la personne, plus simple et plus juste, basée uniquement sur l'état de dépendance et sur l'état de soins requis des résidents.**

Exit les interminables procédures budgétaires qui mobilisent les équipes des ARS, des Conseils généraux et des établissements 6 mois par an !

Exit l'examen et l'approbation des charges en soins et dépendance de chaque établissement qui aboutissent à la fixation de tarifs qui varient du simple au triple !

Inefficace dans la forme et inégalitaire sur le fond, la tarification des soins en établissement telle qu'elle est configurée aujourd'hui date d'un autre siècle...

Les 5 propositions du SYNERPA

- **Renforcer la progression annuelle de l'ONDAM médico-social**
- **Mettre en application effective la tarification « à la ressource soin » simple et lisible, issue de la LFSS 2009**
- **Achever le conventionnement tripartite de 2^{ème} génération sur 3 ans à raison de 80 000 lits par an et préparer le conventionnement tripartite de 3^{ème} génération**
- **Poursuivre les discussions et expérimentations autour de la réintégration des médicaments, des intervenants libéraux et des 30% d'AS/AMP dans le tarif soins des EHPAD**
- **Poursuivre et encourager les expérimentations sur la fluidification du parcours de soins des personnes âgées, gage selon l'HCAAM d'une économie de 2 milliards d'€ par an**

15 ans de légitimité

Disons le tout net : certains acceptent encore mal la place d'entreprises privées dans le secteur de l'aide à la personne âgée fragilisée.

Pourtant, à de nombreux égards, l'arrivée d'entreprises privées dans ce secteur a largement contribué à améliorer l'offre de service tant du point de vue quantitatif que qualitatif.

En effet, **depuis plus de 15 ans et sans faire appel à aucune forme de subvention publique, le secteur privé assure les créations que le secteur public, qui doit faire face à de nécessaires et lourdes rénovations, est aujourd'hui dans l'incapacité d'assurer.**

En outre, l'apport du secteur privé dans le développement qualitatif des prestations hôtelières est aujourd'hui indéniable et reconnu tant par les professionnels que par les pouvoirs publics.

Le secteur privé : Un partenaire essentiel pour repenser l'offre d'hébergement

Si l'EHPAD « classique » a toute sa place dans le paysage médico-social, il doit encore et toujours **s'adapter, se moderniser et s'ouvrir vers l'extérieur** :

S'adapter en proposant, depuis une plateforme unique, une palette de services diversifiés et des solutions « sur mesure » aux personnes âgées qu'elles soient valides, semi valides ou en perte totale d'autonomie.

Avec l'accueil de jour, de nuit, de week-end, l'hébergement de courts séjours, les unités spécialisées pour personnes « Alzheimer », mais aussi l'hébergement sécurisé pour personne autonome, voire les services à domicile, le secteur privé s'est largement projeté dans cette diversification qui répond au besoin du pays.

Se moderniser en intégrant les nouvelles technologies de l'information, la domotique ou les nouvelles approches psychosociales. Avec la télémedecine, les dispositifs anti-chutes, les dispositifs électroniques à commandes tactiles ou vocales, les espaces « Balnéothérapie, Snoezelen ou Réminiscence », les établissements privés se placent aujourd'hui à la pointe

de l'innovation en matière d'accompagnement et de bien-être de la personne âgée.

S'ouvrir vers l'extérieur en étant un acteur clé du lien social dans la cité. Téléthon, Fête des voisins, Semaine du goût, Fête de la Gastronomie, Semaine bleue, mais aussi anniversaires des centenaires, concours de chefs ou spectacles intergénérationnels : autant d'occasions d'inviter familles et amis des résidents et des personnels, mais aussi voisins, commerçants de proximité et élus locaux.

Le secteur privé : Un partenaire essentiel pour l'aménagement du territoire

A l'aube d'une révolution démographique sans précédent qui va se poursuivre sur les 40 prochaines années, **il convient dès aujourd'hui de mener une grande réflexion sur les conséquences du vieillissement sur la ville et les territoires.** Cette réflexion doit être menée de concert entre les élus et les professionnels.

En effet, nous, professionnels du secteur privé :

- Lorsque nous créons un EHPAD, nous investissons plusieurs millions d'euros de capitaux privés dans la vie économique locale, sans aucune subvention et donc sans aucun impact négatif sur les finances publiques,
- Lorsque nous créons un EHPAD, notamment en milieu rural, nous permettons, en créant des emplois, à des jeunes et des moins jeunes de rester sur leur territoire,
- Lorsque nous créons un EHPAD, nous veillons à l'insérer dans la ville et à être en osmose avec les autres équipements publics et collectifs (crèche, écoles, commerces, transport...).

Autant de pistes dans le développement des territoires que les pouvoirs publics et les élus locaux ne doivent pas négliger.

Le secteur privé : un modèle qui s'exporte

A l'heure où la balance commerciale de la France est déficitaire, le secteur privé commercial des maisons de retraite s'exporte, en revanche, particulièrement bien.

Riche d'un modèle qui garantit la technicité, la qualité d'accompagnement de la personne âgée, la capacité d'investissement et la « soutenabilité » pour les finances publiques, les principaux grands groupes français de maisons de retraite se sont tous implantés en Belgique, en Espagne, en Italie, en Allemagne et jusqu'au Canada.

FOCUS

Les conciergeries

Créées à partir de 2008 par un groupe privé, les conciergeries sont des lieux d'accueil privilégiés pour les personnes âgées et leur entourage, offrant conseil, informations et orientation. Elles constituent également des plateformes de **services aux aînés**. Cette offre favorise le retour à domicile après une hospitalisation et le maintien à domicile par l'évaluation des besoins et la coordination de tous les intervenants et prestations.

Les trois volets de l'offre de services des conciergeries sont :

- Les services d'aides à domicile
- Les services d'assistance
- Les services de soins infirmiers à domicile

Exemple de plateforme gérontologique

Au milieu d'un parc de 8 hectares, le village retraite de Saint-Rémy-Lès-Chevreuse dans les Yvelines constitue un ensemble sanitaire et médico-social offrant un panel d'accompagnement diversifié. Ainsi, au sein d'un même lieu et autour d'une agora centrale composée de trois restaurants, une salle de spectacle de 200 places, une bibliothèque, un relais de la poste, un espace balnéothérapie et diverses salles d'animation, sont réunis :

- des appartements en Résidences avec services pour les personnes âgées les plus autonomes,
- des lits d'EHPAD avec des pavillons dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer,
- des lits de soins de suites et réadaptations, dont une unité protégée de 10 lits pour les patients désorientés,
- une clinique gériatrique,
- tous les services d'accueil de jour et de courts séjours,
- ainsi qu'une école de formation d'aides-soignants.

Les 5 propositions du SYNERPA

Encourager le développement de plateformes gérontologiques proposant des services d'hébergement, d'aide et d'assistance « sur mesure »

Encourager et développer les innovations technologiques, les approches psychosociales et les projets d'animation ouverts sur l'extérieur

Garantir la représentation du secteur privé dans les instances médico-sociales et sanitaires locales et nationales

Garantir la représentation du secteur privé dans toutes les initiatives mises en œuvre au plan local en termes d'information, d'orientation et de parcours de soins de la personne âgée

Formaliser, à partir des travaux du « débat dépendance », un plan national d'orientation sur la prise en charge du vieillissement

Une pénurie de personnel préoccupante

Les projections sont hélas assez claires et les avis des professionnels unanimes : le grand drame de notre secteur n'est pas tant, la recherche permanente de crédits supplémentaires d'APA ou d'assurance-maladie, que **la recherche de personnel soignant difficile à trouver.**

Selon le dernier « Plan métiers » qui date de 2007, jugé tout à fait insuffisant par les professionnels : **d'ici à 10 ans, le secteur médico-social devra créer ou renouveler 400 000 emplois soignants !**

Et la pénurie d'aides-soignants et d'infirmiers se fait déjà trop cruellement sentir.

Méconnus du grand public et particulièrement des jeunes, les métiers du Grand âge souffrent d'une extrême tension qui pourraient à terme nuire aux efforts de tous les professionnels du secteur.

Or, ce chiffre de 400 000 emplois soignants associé aux milliers d'emplois non-soignants qui seront également nécessaires au secteur, constitue bel et bien **un enjeu d'avenir essentiel pour la politique de l'emploi.**

Le secteur du Grand âge recrute !

Répartis en deux grandes filières « soin » et « hébergement », les métiers du Grand âge ont su, à l'instar de tout le secteur, se structurer et se moderniser.

Les métiers du soin se spécialisent : à côté des postes d'aides-soignants et d'infirmiers, des postes d'aides médico-psychologiques, d'infirmiers référents, d'ergothérapeutes, de diététiciens, de psychologues ou de psychomotriciens sont ouverts dans tous les établissements.

La gestion et l'administration, ainsi que les métiers liés à l'hébergement, présentent également des débouchés prometteurs, dans un secteur appelé à croître durant les prochaines décennies.

Grâce à une conception dynamique des carrières, grâce à des actions de formation et de professionnalisation continues, grâce également à des conventions collectives qui progressent en permanence, le secteur de l'accompagnement des aînés offre aujourd'hui de réelles perspectives en termes d'emplois pérennes, techniques, évolutifs et non délocalisables.

Rendre les métiers du Grand âge attractifs

En marge de la recherche de crédits publics pour assurer le financement de la perte d'autonomie, l'énergie des pouvoirs publics et de tout notre secteur « en tension » doit donc également se déployer, coûte que coûte, vers l'attractivité de nos métiers méconnus et pourtant techniques, modernes, offrant de réelles perspectives de stabilité et d'évolution.

Le SYNERPA, premier syndicat employeur du secteur privé des EHPAD, est en première ligne dans ce domaine avec notamment :

• **La C.C.U., pour Convention Collective Unique**
Née en 2002 et couvrant près de 70 000 salariés, la **Convention Collective Unique de l'hospitalisation privée et son annexe médico-sociale** offrent, par leur extension, à tous les salariés du secteur privé commercial, de nombreux avantages et garanties juridiques au regard du Code du travail.

Tous les ans, des accords salariaux signés avec les organisations syndicales de salariés permettent d'augmenter la rémunération des salariés. De nombreux accords sont également signés ou en cours de négociation avec les partenaires sociaux sur la formation professionnelle, l'égalité homme-femme, l'épargne salariale ou les conditions de travail.

• **Des parcours de formation tout au long de la vie**
Gros vecteur de technicité, de valorisation et donc de fidélisation, la formation professionnelle est, en termes d'attractivité, un enjeu clé.

L'accompagnement et le soin à la personne en perte d'autonomie, grandement fragilisée, commandent une solide formation initiale mais aussi une formation continue aux nouvelles pratiques professionnelles tout au long de la vie.

Avec plus de 80 millions de fonds collectés, dédiés à la formation et 26 millions à l'apprentissage, les établissements adhérents du SYNERPA font ce qu'ils peuvent pour former, ouvrir des écoles d'aides-soignantes ou des sections d'apprentissage, mais ce n'est clairement pas suffisant, eu égard à l'ampleur des attentes actuelles et à venir de l'ensemble du secteur.

Et si un salarié sur deux part en formation chaque année dans le secteur privé, **force est de constater qu'une action forte des pouvoirs publics sera à l'avenir essentielle en matière de formation pour relever le défi de la pénurie du secteur médico-social.**

FOCUS

PROFIL TYPE DU SALARIÉ DU SECTEUR

- Sexe : féminin
Taux de féminisation du secteur de 87,5%
- Age moyen : 40,68 ans
- travaille au sein de la filière soin
46% des salariés du secteur appartiennent à cette filière
- Ancienneté moyenne : 6,07 ans
- Niveau de qualification « Employée qualifiée »
Aide-soignant ou aide médico psychologique de niveau BEP
- Occupe un poste en CDI (83% des effectifs sont en CDI)
- Travaille à temps plein (80% des effectifs sont à temps plein)
- Cette salariée partira très probablement en formation chaque année « comme 62% des salariés du secteur »

(Source Rapport de branche SYNERPA 2010)

Les 5 propositions du SYNERPA

• **Augmenter le nombre de places en institut de formation d'aides-soignants, d'AMP et d'infirmiers et assouplir les conditions de création de ces écoles par les opérateurs privés**

• **Mieux intégrer la gériatrie et la gérontologie dans la formation initiale des personnels soignants**

• **Développer les démarches de coopération entre professionnels de santé initiées en partenariat avec les ARS et la HAS, permettant des délégations de tâches entre personnel soignant**

• **Renforcer l'attractivité et la technicité des CAP/BEP carrières sanitaire et sociales et développer de nouveaux métiers spécifiquement liés au secteur du Grand âge**

• **Faire connaître les métiers du Grand âge par des campagnes régulières d'information et de communication... L'armée de terre n'est pas le seul secteur qui recrute !**



LIVRE
BLANC
2012



Le SYNERPA est le premier syndicat national des maisons de retraite privées.

Il représente les établissements privés à caractère commercial ou associatif.

Il fédère, à ce jour, 1800 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes soit près de 125 000 personnes âgées hébergées et près de 70 000 salariés en activité.

Le SYNERPA, en lien permanent avec les pouvoirs publics aime à nourrir le débat sur l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie en France, notamment par le biais des instances nationales (CNSA, CNOSS, ANESM, ANAP...) dans lequel il siège.

Il veille, en outre, à la bonne information des établissements sur l'évolution de la réglementation, à la recherche et à la promotion de bonnes pratiques professionnelles et à la valorisation de l'ensemble de ce secteur, ô combien passionnant.

Il a fêté ses 10 ans le 10 juin 2011.

164, boulevard du Montparnasse - 75014 Paris
Tél. : 01 40 47 75 20 - Fax : 01 40 47 75 21 - Email : synerpa@synerpa.fr

www.synerpa.fr