



**ACTES DES
ÉTATS GÉNÉRAUX
DE LA FNADES**

**DIRIGEANCE ? GOUVERNANCE ?
QUEL DESSEIN, QUEL AVENIR
POUR L'INTERVENTION SOCIALE ?**

Jeudi 6 et vendredi 7 décembre 2007

Paris, Cirque d'hiver Bouglione

**INTERVENTION DE
MONSIEUR JEAN-JACQUES TREGOAT,
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ACTION SOCIALE
et débat avec la salle.**



F.N.A.D.E.S.

Fédération Nationale des Associations
de Directeurs d'Établissements
et Services Sanitaires Sociaux et
Médico-sociaux sans but lucratif



INTERVENTION DE MONSIEUR JEAN-JACQUES TREGOAT, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ACTION SOCIALE

Didier CHAPUY

Administrer l'intervention revient-il à clarifier les priorités d'une démocratie solidaire équitable ? Les conceptions du pilotage des institutions sociales et médico-sociales sont régulièrement interrogées sous l'influence du contexte politique, social et législatif, et avec une forte prégnance de la conjoncture économique. Nous avons reçu des présidentes et présidents de grandes fédérations d'associations. Ils nous ont interpellé et ont bâti le cœur de notre cahier de doléances et de propositions. Après l'intervention de Monsieur Jean-Jacques TREGOAT, vous aurez l'honneur de pouvoir échanger et débattre avec lui sur des questions de fond.

Jean-Jacques TREGOAT, Directeur général de l'action sociale

Je vais m'efforcer d'être bref pour laisser de la place au débat. J'essaierai également d'être clair, car j'ai souvent l'occasion de lire dans la presse des interprétations de « la pensée du Directeur général de l'action sociale ». Je vais donc vous donner ma pensée. Je suis toujours ravi de venir parmi vous et d'être invité par la FNADES, car cela me permet d'avoir un contact direct et d'apporter des réponses. Les ministres sont désolés de ne pas être présents. Cela étant dit, il y a beaucoup de colloques en ce moment, et de nombreux projets de loi importants sont en cours de mise en place. Madame Valérie LETARD, que j'ai vue hier, vous prie de l'excuser et me demande de la représenter.

1. Nos objectifs et nos principes.

Nous nous fixons des objectifs qui peuvent paraître simples, mais qui sont difficiles à mettre en œuvre.

Le premier objectif est de garantir un continuum de prise en charge des personnes accueillies. Hier, j'ai rencontré des associations du secteur de l'exclusion. Nous avons vu que ces problèmes de continuum de prise en charge sont fondamentaux pour les exclus, mais également pour les personnes âgées, les handicapés et les adolescents.

Le deuxième objectif est d'assurer un accompagnement global et coordonné. Cela englobe les notions de parcours et de trajectoires.



Le troisième objectif est d'apporter des réponses individualisées, diversifiées et plurielles. Vous avez tous en tête le chiffre : 1,48 million de bénéficiaires de l'APA. Nous devons apporter de telles réponses sur des populations croissantes . C'est aussi vrai sur le handicap et les personnes âgées que sur d'autres domaines.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons établi des principes.

Premier principe : moderniser et diversifier les modes de prise en charge.

Dans le secteur des personnes âgées, j'ai pu visiter une structure qui regroupe un hôpital local, un CIAD (Centre d'Information et d'Accueil Départemental), un accueil de jour et un accueil de nuit, en collaboration avec de la HAD (Hospitalisation À Domicile) et un autre hôpital. Aujourd'hui, cette complémentarité est fondamentale pour atteindre nos trois objectifs.

Deuxième principe : repenser la tarification des établissements.

Nous ne pouvons plus tarifier 32.000 euros avec les tutelles et curatelles demain. Ce mode de tarification a atteint ses limites pour le tarificateur et pour les directeurs d'établissement. Il s'agit d'imaginer des modes davantage globalisés, pluriannuels, afin de donner aux établissements de la visibilité, de la lisibilité et de la responsabilité partagée.

Troisième principe : coopérer et mutualiser.

Il ne s'agit pas d'un slogan. Nous lisons chaque jour dans la presse que tous les secteurs coopèrent et mutualisent leurs efforts. Dans un secteur qui n'a rien à voir avec le vôtre, je lisais récemment qu'il manquait un groupement de coopération entre trois régions française et deux régions espagnoles. Cela s'appelle un groupement de coopération européen. À tous niveaux, les opérateurs, les collectivités et les associations coopèrent sur des modes très diversifiés, avec l'idée de mutualiser et d'enrichir les compétences de chacun des différences et des apports respectifs. Cela permet de se placer dans un jeu gagnant-gagnant. La coopération place l'utilisateur au cœur des dispositifs. Nous essayons de coopérer autour des parcours et de la prise en charge. C'est donc une démarche plus positive.

Accessoirement, il faut renforcer notre efficacité (je n'ai pas peur des grands mots). Il faut un minimum de référentiels, d'indicateurs et d'outils pour piloter notre secteur. En effet, nous devons rendre des comptes, même si nos budgets augmentent (certes, pas suffisamment).



L'ensemble de ces objectifs et de ces principes nous permet de penser que la gouvernance est en train d'évoluer.

2. Les évolutions en cours.

Pourquoi, fondamentalement, faut-il mettre tout cela en œuvre ? Pour des raisons très simples qui se présentent devant nous, État, et vous, directeurs.

Nous observons une forte croissance des populations dont nous avons la charge. Ma grande inquiétude est que, demain, nous ne soyons plus en mesure de répondre à des besoins que nous pouvons prévoir dès aujourd'hui. J'ai évoqué la dépendance et l'APA. Nous pourrions évoquer l'adolescence en difficulté et la petite enfance. Les Françaises ont la particularité d'avoir une espérance de vie parmi les plus élevées au monde, et l'un des âges de mortalité les plus élevés au monde, en tout cas le plus élevé d'Europe. D'autre part, le taux d'activité des femmes est l'un des plus élevés. Il nous faut donc une organisation qui permette à ces populations d'amener les enfants en crèche, aux parents de pouvoir s'occuper des enfants, aux personnes d'âgées et aux personnes handicapées d'être prises en charge.

Nous vivons l'effet massif du baby-boom. Entre 2005 et 2015, certaines professions vont voir 25 à 40 % de leurs personnels partir en retraite. Le chiffre est même supérieur pour ce qui concerne les aides-soignants. Comment répondre aux départs massifs en retraite et recruter les personnels nécessaires ? Il y a le PSGA pour les personnes âgées, le plan pour les personnes handicapées que les ministres vont annoncer (plan quinquennal de création de places), les places de crèches (40.000 dans le dernier plan), les maisons des adolescents, les CHRS, les urgences... Globalement, il nous faut 400.000 personnes, soit plus de 40.000 par an. Comment pouvons-nous relever ce défi des ressources humaines si la gouvernance et la dirigeance ne se modifient pas ?

Nous devons créer de nombreuses places. Il s'agit de mettre en fonction de nouveaux dispositifs qui nécessitent une organisation différente. Par exemple, il n'existe que très peu d'accueil de nuit pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Dans le cadre de cette pathologie, c'est pourtant plus nécessaire que l'accueil de jour. Il va donc falloir diversifier nos dispositifs. Or, nous ne pouvons pas nommer des directeurs partout, faire de la coordination et prendre simultanément en charge les usagers. Nous devons donc travailler différemment.

Les personnels doivent être de plus en plus qualifiés. C'est tout le débat que nous avons eu sur la qualification des directeurs, mais également sur les diplômes



d'ingénierie sociale (anciennement le DSTS, Diplôme Supérieur en Travail Social). Il s'agit aussi de la réforme du diplôme d'assistante sociale. Ce sont tous les diplômes de niveau 5 avec des passerelles entre AMP (Aide Médico-Psychologique), aide-soignants, auxiliaires de vie sociale et auxiliaires de puériculture. Cette construction de diplômes de plus en plus transversaux doit permettre aux jeunes de venir vers nos métiers. Autrement dit, il s'agit de rendre notre secteur attractif. Dans une période où la démographie va créer une concurrence massive entre le secteur social, médico-social et sanitaire et l'ensemble des autres secteurs, comment allons-nous attirer des professionnels en nombre suffisant ? Cela nécessite de créer des diplômes plus transversaux et d'avoir un secteur qui analyse mieux ses besoins, avec des outils de programmation. Il s'agit d'avoir des diplômes plus simples d'acquisition (validation des acquis de l'expérience, formation tout au long de la vie, apprentissage), et d'attirer des gens en cours de carrière qui découvrent nos beaux métiers.

Nous avons beaucoup de normes et de réglementations. Nous pouvons faire en sorte d'en avoir moins. Aujourd'hui, il faut vivre avec. Si nous ne mutualisons pas, nous n'aurons pas l'intelligence collective pour répondre conformément à toutes ces normes, de plus en plus complexes, qui nous sont demandées, entre autres, au titre du principe de précaution.

3. Inventer le paysage à cinq ou dix ans.

Il nous faut inventer le paysage du futur. Je profite de rencontres comme la vôtre pour vérifier si nous pensons avec le même paradigme. Je crois qu'il faut changer de paradigme pour l'action sociale et médico-sociale, voire sanitaire. Albert EINSTEIN disait : « Inventer, c'est penser à côté ». Le futur ne peut pas être une simple extrapolation du passé. Si nous comparons les publics accueillis par les CHRS aujourd'hui à ceux d'il y a quinze ans, nous constatons qu'ils ont bien changés. La réponse à leur apporter est donc totalement différente. Nous sommes contraints d'inventer des nouveaux modes de prise en charge. Lançons nous dans la contractualisation (regroupements, réseaux, amélioration des modes de gestion, professionnalisation un secteur, mesure de la qualité des prestations) plutôt que dans l'imposition.

D'autre part, nous devons mieux articuler nos dispositifs entre eux. Il ne s'agit pas de les opposer, mais des les associer. Fondamentalement, il n'y a pas d'opposition entre la maison de retraite et l'aide à domicile, ni entre l'accueil temporaire et l'accueil définitif, ni entre l'hôpital et la maison de retraite. Tous concourent à une prise en charge. Aujourd'hui, nous manquons d'articulation entre ces dispositifs. Je pourrais



multiplier les exemples en citant l'adolescence, la pédopsychiatrie, l'hôpital et l'Éducation nationale.

Nous devons donc changer de méthode (gouvernance et groupements) et de financement (tarification plus souple dans une même enveloppe). C'est ma conviction. Le chemin ne sera pas facile, et nous aurons certainement quelques échecs et des retours en arrière. Toutefois, si nous n'allons pas sur ce chemin, nous ne serons pas capables, demain, de prendre en charge de façon décente les publics âgés, handicapés et exclus, ni les enfants et les adolescents.

Le partenariat, le réseau et le groupement de coopération ne sont pas des figures imposées : on n'impose pas à des gens de travailler ensemble, il faut pour cela un terrain propice. J'ai relevé quelques articles sur d'excellents exemples de coopération, qui ne sont d'ailleurs pas systématiquement sous la forme de groupements. L'essentiel est de coopérer et de mutualiser. Les formes juridiques et le rythme de coopération sont évidemment différents d'un secteur à l'autre et d'un département à l'autre. Les méthodes et les habitudes d'organisation doivent être prises en compte.

Conclusion.

Pour conclure, nous devons faire œuvre collective de réflexion, de méthode et d'organisation. Nous devons nous placer dans la contractualisation et non dans l'imposition. Nous devons choisir l'innovation et l'expérimentation. Nous verrons ce que donne l'expérimentation que conduit Martin HIRSCH sur le RSA (Revenu de Solidarité Active). Avant de concevoir un dispositif final, il faut d'abord l'expérimenter sur un territoire, avec une méthode de type double-aveugle. La généralisation vient dans un deuxième temps.

Ainsi, il faut sans doute trouver d'autres modes de prise en charge que les lieux de vie. Par exemple, dans le Sud de la France, « Vogue la galère », qui n'est ni un CHRS ni un établissement traditionnel pour SDF, est une structure d'accueil pour très grands exclus. Elle a une certaine liberté de prise en charge, c'est-à-dire moins de contraintes, mais aussi une volonté de la direction d'innover et d'expérimenter, et peut-être de généraliser son expérience.

Pierre LOTI disait : « Demain se prépare aujourd'hui ». Selon moi, nous n'avons pas beaucoup de temps pour préparer demain. Vos journées et celles d'autres fédérations de professionnels sont l'occasion d'y réfléchir. Sans idéalisme, nous devons tirer parti de l'expérience actuelle pour préparer véritablement demain, pour une bonne prise en charge, pour avoir des personnels qualifiés en nombre suffisant et une bonne



répartition sur le territoire national. À noter que ce maillage équitable est une des spécificités de notre secteur. Cela demande donc un certain niveau de coopération.

Un magazine mensuel présentait récemment un foyer de jeunes travailleurs souffrant d'un problème de remplissage. En effet, les jeunes travailleurs ne sont plus dans la même configuration qu'il y a quelques années. Qu'a fait le foyer ? Il a gardé une partie de son activité de foyer de jeunes travailleurs. Ensuite, il a créé une habilitation ASE (Aide Sociale à l'Enfance) pour l'autre tiers, et a consacré le dernier tiers à un CHRS. Le directeur du foyer a une compétence sur trois métiers. Il a un référent insertion pour les CHRS, un référent ASE, et un autre pour les jeunes travailleurs. Tous les acteurs mutualisent leurs expériences. Chacun tire bénéfice de l'autre, et certains professionnels passent d'un domaine à l'autre.



DÉBAT

AVEC MONSIEUR JEAN-JACQUES TREGOAT

Didier CHAPUY

Quel paysage social pouvons-nous envisager pour demain ? C'est une grande aventure qui se fera par une œuvre collective, avec des regroupements et des coopérations, et non avec des oppositions. C'est donc un acte ambitieux et volontaire, car la population que nous aurons à prendre en charge demain va subir une croissance très forte. Je remercie monsieur TREGOAT de nous avoir éclairés sur les objectifs, sur les principes et sur sa volonté de moderniser l'intervention sociale. La parole est à la salle.

De la salle

Je suis directeur d'un CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) à Montpellier. Vous avez commencé votre intervention en citant les adolescents et la prise en charge précoce de la petite enfance. Or, depuis très longtemps, dans tous les CMPP de France, nous demandons des postes supplémentaires pour pouvoir accueillir les tout petits et les adolescents, et nous éprouvons des difficultés à les obtenir. Dans le cadre de réseaux départementaux et de la fédération des CMPP, nous nous réunissons régulièrement. Nous sommes surpris de constater les longs délais d'attente. Les familles et les enfants souhaitant nous consulter sont obligés d'attendre plusieurs mois. Pour ce qui concerne les tout petits, les symptômes peuvent se transformer en difficultés qui, à leur tour, peuvent s'installer durablement dans une pathologie.

Pour ce qui concerne adolescents, nous savons combien il est difficile d'établir un contact. Or, si nous les faisons attendre trop longtemps, il sera trop tard. Comment peut-on alors tenir le discours consistant à dire qu'il faut faire mieux et créer des réseaux qui existent parfois déjà ? On dit qu'il faut absolument créer des maisons des adolescents. Il n'en existe que 18 en France, alors qu'il en faudrait une par département. Y a-t-il véritablement une volonté de répondre à ce problème ?

L'INSEE a mis en place le « zéro de conduite » pour les tout petits, comme si nous pouvions détecter dès l'école les enfants pouvant potentiellement poser des problèmes dans le futur. Pour notre part, nous privilégions l'écoute de la souffrance. Nous essayons d'apporter une réponse avant que cette souffrance ne devienne un problème à l'adolescence. Il est également question d'intégrer au maximum tous les enfants ayant des difficultés à l'école, avec tous les problèmes que cela pose en termes



d'accompagnement. Le travail des CMPP et de tous les centres de soin qui concourent à notre action devrait être davantage renforcé en termes de moyens et de ressources humaines.

Jean-Jacques TREGOAT, Directeur général de l'action sociale

Il n'y a pas d'ambiguïté sur le sujet. Le milieu ordinaire est important, et c'est précisément l'esprit de la loi du 11 février. J'ai souhaité vous parler des objectifs plutôt que de vous abreuver de chiffres. En ce qui concerne les CMPP, vous pourrez lire dans le PLFSS 2008 qu'il y aura 650 millions d'euros de plus que les 600 millions de l'année précédente pour les personnes âgées, et plus de 412 millions d'euros pour les personnes handicapées. Dans ce PLFSS, il y a quelques lignes que nous avons souhaitées fortes sur le handicap, notamment pour les enfants. Il s'agit de renforcer les SESSAD, les CMPP et les ITEP, où nous savons qu'il y a des besoins. Nous pourrions ensuite débattre pour savoir si le chiffre de 412 millions est suffisant ou non. Toutefois, la réponse à votre question se trouve dans le PLFSS, qui présente de nombreuses mesures en faveur des enfants, notamment sur l'autisme et le handicap.

Le deuxième élément qui nous tient à cœur, ce sont les maisons des adolescents. Je connais bien le sujet et rencontre un grand nombre d'usagers. L'objectif est de créer une maison par département. Dès que l'on me présente un bon projet de maison, je le transmets à un comité de pilotage. Cette année, nous avons plus de projets que de crédits, et certains d'entre eux étaient particulièrement intéressants. Nous les avons donc financés par fongibilité de crédit à crédit quand il y avait une réelle priorité sur le territoire.

Aujourd'hui, la difficulté est de monter de vrais projets. À ce titre, il ne faut pas que la maison des adolescents constitue une excroissance d'un hôpital qui n'a pas réussi à financer son accueil de jour. Je connais bien le sujet, car j'ai été des deux côtés de la table. Je sais donc comment se monte un projet. À titre d'information, je rencontre quatre à cinq associations par semaine. Les maisons des adolescents sont de vrais projets de coopération, mais elle ne se construisent pas systématiquement sous forme de groupements. Elles se bâtissent avec l'Éducation nationale, la PJJ, la pédopsychiatrie et l'hôpital. On nous propose souvent des projets hyper-sanitarisés, mais le sanitaire n'est pas la seule réponse possible.

Si vous avez des projets de places de CMPP, et surtout des projets de maisons d'adolescents, inscrivez-vous dans les appels à projets que nous réalisons chaque année. Nous sommes d'ailleurs en train de préparer l'appel à projets 2008. Nous pouvons accélérer le rythme si les projets sont bons. Les crédits sont bien là,



notamment à la DGAS pour la partie investissement. En outre, c'est un projet qui nous tient à cœur.

Au regard de la diversité de vos secteurs, j'ai essayé ne pas me focaliser uniquement sur les sujets dont on parle beaucoup (personnes âgées et handicapées). En effet, il ne faut oublier la prévention et les consultations sur les autres publics, sous peine d'avoir des problèmes plus coûteux à gérer dans les années à venir, sans parler du coût social et humain. Le PLFSS est passé par l'Assemblée et le Sénat, et va être mis en place le 1^{er} janvier prochain. Vous pourrez voir que les chiffres sont conséquents sur les secteurs des personnes âgées et handicapées.

De la salle

Je suis directeur de MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) et de FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé). Dans le cadre d'une MAS, nous devenons presque « sanitaires » en raison du vieillissement des polyhandicapés. Par conséquent, nous avons un besoin énorme en infirmières. Or, nous éprouvons de grandes difficultés à recruter ce type de professionnels. Une augmentation du quota est-elle envisagée ? Cela nous permettrait de trouver le personnel adéquat.

Jean-Jacques TREGOAT, Directeur général de l'action sociale

Quand j'avais d'autres responsabilités dans le secteur sanitaire, je voyais déjà les infirmières partir. Je pensais à l'époque que les infirmières se dirigeaient davantage vers le secteur social et médico-social. Mais je me suis aperçu que la réalité était beaucoup plus complexe : le secteur social et médico-social a lui aussi du mal à attirer les infirmières. Selon moi, c'est un problème d'organisation. Si nous voulons avoir des aides-soignants dans les SIAD et des infirmières dans les établissements, nous devons être capables d'assurer des parcours pour nos professionnels. Aujourd'hui, à ma connaissance, les quotas d'infirmières restent à un niveau très élevé. Faut-il aller plus loin ? Nous sommes en train d'étudier la question. Les formations sont maintenant assurées par les régions. En partenariat avec ces dernières, nous avons créé des orientations nationales que vous avez peut-être déjà vues.

En 2008, nous allons lancer une grande conférence nationale sur le secteur social et médico-social, comme cela est prévu dans les orientations. Nous devons mettre en place un partenariat avec la Santé pour déterminer les besoins de chacun. Nous avons quelques crédits de l'assurance-maladie pour médicaliser les foyers d'hébergement pour personnes handicapées. Pour ce qui concerne les infirmières, nous devons étudier la question avec le secteur sanitaire, puisque c'est lui qui traite les quotas. Les MAS,



les FAM et les foyers d'hébergement ou d'accueil ont également besoin d'être médicalisés. Cette médicalisation peut être externalisée ou se faire en partenariat avec d'autres services (SIAD ou autres).

Aujourd'hui, on me dit que le quota est suffisant au regard de nos projections. La vraie difficulté est davantage de fidéliser les infirmières que de les recruter. Je ne connais pas d'autre profession où la durée de formation est aussi longue par rapport à la vie professionnelle. En effet, une infirmière peut recevoir cinquante formations pour une vie professionnelle moyenne de quinze ans. Un humoriste disait que pour régler le problème de la Sécurité sociale, il suffisait de supprimer la dernière année de vie, puisque c'est à ce moment que nous avons le plus de dépenses. Un autre humoriste disait qu'il suffirait que les infirmières travaillent deux ans de plus pour que le problème des infirmières en France soit réglé.

Comment faire en sorte que ces professions attirent des jeunes et qu'ils y restent plus longtemps ? Cela renvoie aux problèmes de la pénibilité, des débouchés et de la tension physique et morale. Nous constatons que les infirmières sur le départ ne se dirigent pas non plus vers le secteur médico-social. Il y a donc une grande réflexion à mener sur la deuxième partie des carrières des infirmières, pour faire en sorte qu'elles aient envie de faire autre chose. Il nous faut valoriser le secteur social et médico-social. C'est un travail d'attractivité et donc d'image donnée du métier. Une réelle campagne de communication doit être mise en place.

À noter que l'aspect financier n'est pas le seul pour régler ce problème d'attractivité. Il s'agit aussi de l'exercice en tant que tel. C'est une des raisons pour lesquelles je milite pour la coopération, car celle-ci permet aux professionnels de souffler et de passer d'une structure à une autre. La coopération permet également une certaine fluidité de parcours. Nos métiers sont perçus comme étant durs, et c'est plutôt proche de la réalité.

De la salle

Je suis directeur PA. Permettez-moi tout d'abord de vous flatter. J'adhère complètement à votre discours sur le principe, et c'est d'ailleurs le cas à chaque fois que j'ai l'occasion de vous écouter. Cependant, alors que vous nous parlez de l'avenir, j'ai tendance à m'interroger davantage sur le présent.

Je souhaite vous alerter sur les modalités de tarification des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et sur les effets pervers de la « pathosification ». Monsieur CHAMPVERT a déjà évoqué ce sujet précédemment. Je



vous parle de la masse et pas d'un problème particulier. En bon élève, j'ai renouvelé ma deuxième convention qui me donne un axe de travail jusqu'en 2011. J'ai proposé l'application du plan de l'État (je n'ai pas travaillé sur le plan Solidarité Grand Âge). En résultat, je n'ai pas obtenu l'application du plan. De plus, on me retire 38.000 euros sur les trois ans. Par conséquent, ce nouveau plan semble produire un nivellement par le bas, au moins pour ce qui concerne une certaine catégorie d'établissements.

Jean-Jacques TREGOAT, Directeur général de l'action sociale

J'ai du mal à vous comprendre. Au niveau macroéconomique, de gros moyens sont déployés. Certes, il peut y avoir des situations locales. Je note toutefois qu'il y a 1,05 milliard d'euros en plus pour l'année prochaine. Nous pouvons dire que c'est insuffisant. Mais dire qu'il n'y a pas de moyen, c'est excessif et insignifiant.

D'autre part, il peut y avoir des situations à analyser ensuite, comme celle de Montpellier. Cela me paraît beaucoup plus intelligent de regarder localement ce qui se passe, avec la DDASS et l'établissement, et éventuellement de corriger le tir s'il y a eu une mauvaise interprétation. Je vais avoir du mal à défendre le budget au Parlement si, lorsque nous mettons plus de moyens, cela se traduit par du négatif au niveau local. C'est donc un problème de bouclage macroéconomique.

Lorsque Philippe BAS a présenté la « pathosification » il y a un an, certains articles donnaient des exemples d'augmentation considérable des moyens. Il faut que cela se traduise par des moyens renforcés. La « pathosification » regroupe des personnes de plus en plus dépendantes d'un côté, et des personnes qui ont de plus en plus besoin de soins techniques de l'autre. Notre objectif est de nous battre pour obtenir des moyens supplémentaires chaque année, tant sur le budget de l'État que pour les CAT (2000 places supplémentaires en 2008). En effet, si une partie des personnes ne sont pas dans les CAT, où seront-elles ? Elles ne seront pas toutes dans les établissements ou dans les entreprises. Il faut permettre à ceux qui le peuvent d'y aller (conventions et partenariats), mais il existe également un besoin réel de nouvelles places en CAT. Cela se traduit par une augmentation du budget.

De la salle

Vous avez parlé d'évaluation. C'est un sujet qui nous concerne tous, et nous n'avons pas encore eu la possibilité de lire le décret pour connaître les dates de mise en œuvre. Pour ma part, j'ai une inquiétude. L'Agence nationale de l'évaluation s'est mise en place. Même si le pouvoir des comités d'orientation stratégique est moindre que celui que nous pouvions avoir dans le cadre du Conseil, je m'inquiète de voir des



recommandations de bonnes pratiques sortir dans un autre cadre que celui de l'Agence, notamment en ce qui concerne le plan Alzheimer. J'ai appris par un représentant que, suite au film de Sandrine BONNAIRE, Nicolas SARKOZY a donné deux mois à l'un de ses conseillers pour rédiger des recommandations de bonnes pratiques sur l'accompagnement de l'autisme. Dans ce secteur, on a réussi à faire en sorte que l'Agence reprenne un rôle. Méfions-nous tout de même : certaines recommandations apparaissent en dehors de l'agence, notamment sous l'égide de certains ministères. La conférence de consensus de la FNARS de la semaine dernière en est un bon exemple.

Jean-Jacques TREGOAT, Directeur général de l'action sociale

J'ai été auditionné à cette conférence de consensus. C'était une demande du secteur, sur le modèle du secteur médical. C'était un engagement de Jean-Louis BORLOO du 8 janvier 2007, suite à l'affaire des Enfants de Don Quichotte. Certaines conclusions ont été publiées. Nous avons anticipé avec la stabilisation et l'orientation. Sur ce point, nous évoluons très rapidement. La création de l'Agence est aussi une demande du secteur social et médico-social pour conforter le Conseil qui avait besoin d'être rassuré dans sa pérennité. Pour ce faire, la forme d'un conseil n'était pas suffisante, d'où l'idée d'une agence sur laquelle nous avons un budget pour 2008. Ce budget est à voter prochainement. Ensuite, le décret sortira, même si cela prend un peu de retard du fait de la création de l'Agence. Nous avons repoussé la limite de l'évaluation interne et externe pour ne pas mettre en difficulté les établissements.

De plus, il faut élaborer les recommandations avec les professionnels. Sur certains sujets, il faut aussi tirer parti des expériences des autres structures antérieures comme l'ANAS (Association Nationale des Assistants de Service Social) et la HAS. Pour ce qui concerne le handicap et les personnes âgées, nous ne devons pas nous limiter en cloisonnant le médico-social et le sanitaire. L'Agence va également déterminer son programme de travail et d'orientations. Nous devons rester modestes sur ce dernier point, car nous ne pourrions pas tout faire. Aujourd'hui, l'autisme et la maladie d'Alzheimer apparaissent comme des priorités nationales pour nos concitoyens.

Lundi dernier, je suis allé remettre un prix à quatre associations d'aide domicile sur un territoire donné travaillant avec l'APF (Association des Paralysés de France). J'ai vu les yeux embués de parents d'enfants handicapés. Grâce à ce partenariat entre l'APF et les quatre associations qui forment des auxiliaires de vie sociale, nous allons au domicile des personnes pour nous occuper de leurs enfants handicapés pendant quelques heures, ce qui offre une forme de répit aux parents. Voilà le type de coopération que nous devons mettre en place. Dans mon exemple, l'association qui a



eu l'initiative du partenariat est présente sur la moitié du département. Elle est allée à la rencontre des trois autres associations d'aide à domicile. L'APF a été sollicité et un certains nombres de professionnels ont été formés.

Quand je parle du paradigme de coopération, ce n'est pas par lubie personnelle. À présent, le souci de ces associations est de pérenniser leur dispositif. Elles se disent que le meilleur moyen d'y parvenir est d'entrer dans un groupement, pour faire une convention et stabiliser les financements.

Je pense que nous travaillons dans un secteur extraordinaire, où nous devons nous battre, notamment pour faire venir des professionnels. Demain, la concurrence sera terrible entre les différents secteurs. Si notre organisation demeure aussi éclatée qu'elle l'est actuellement, nous serons collectivement responsables de ne pas avoir mis en œuvre les moyens pour attirer les personnes vers nos métiers. Toutefois, cela se fait par la volonté de chacun et ne s'impose pas. Je suis sidéré quand je vois que des DDASS imposent des groupements de coopération. Il faudrait plutôt encourager et favoriser les groupements et les intelligences collectives. Il n'y a pas de logique de rationalisation pour la rationalisation. Il y a une logique de meilleure prise en charge de l'utilisateur, ce qui me paraît assez noble.

De la salle

Je suis directrice d'un IME pour polyhandicapés sur Montpellier. Aujourd'hui, les réorientations posent de grandes difficultés. Tous les établissements de l'Hérault ont un nombre croissant d'enfants CRETON. Dans mon établissement, j'en ai 7 sur 43. Nous n'arrivons plus à trouver de place lors des réorientations. Sur douze dossiers produits par nos soins, seulement trois ont été admis par des MAS. Ainsi, pour des raisons d'incohérence de travail, des enfants polyhandicapés ne sont quasiment plus accueillis dans les MAS. Que vont devenir ces enfants ? La loi de 2005 et le retour à domicile ne sont que très peu applicables pour ce type d'enfants. Nous avons essayé de diversifier les offres, notamment avec l'accueil temporaire. Dans l'Hérault, un accueil temporaire a été mis en place pour les plus petits (jusqu'à dix ans). J'ai un projet qui a été approuvé par un CROSMS, mais qui n'est toujours pas financé aujourd'hui pour les plus grands (je suis la seule à accueillir des polyhandicapés de plus de douze ans à Montpellier). Sur notre secteur, nous nous connaissons tous, et le travail en réseau existe déjà. Or, nous n'avons plus de solutions.



Jean-Jacques TREGOAT, Directeur général de l'action sociale

Il y a eu de nombreux plans. Or, nous nous apercevons que plan après plan, les besoins sont toujours considérables. Il faut donc toujours augmenter les moyens. Il y a quelques années, nous étions partis sur une base de 2.500 places d'EHPAD. Nous avons réalisé qu'il fallait passer à 5.000. Au PLFSS 2007, nous sommes déjà à 7.500 places d'EHPAD financées. L'aide à domicile est aussi une question importante, donc nous passons de 6.000 places de SIAD à 7.500 en 2010. Ces exemples montrent bien que les plans progressent.

En 2008, nous avons souhaité créer des places fléchées pour les IME pour poly-handicapés et pour enfants. Ainsi, ces CRETON ou ces sorties d'IME pourront se faire sur des MAS ou sur des foyers. L'avantage de la loi du 11 février est que l'orientation se fait en fonction des besoins analysés. À présent, il faut faire sortir les places de terre. Mon problème est celui du délai de réalisation entre le financement et la sortie de terre, notamment dans des régions comme Montpellier. Les délais sont trop longs, car il est relativement complexe de monter un projet avec des opérateurs souvent trop petits. Il peut donc être intéressant que les opérateurs se regroupent. Les opérateurs ont parfois des problèmes de permis de construire ou de chantiers qui peuvent rallonger les délais de réalisation de plusieurs années.

Pour la première fois, l'année dernière, nous avons donné des enveloppes d'anticipation à N+1 et N+2. Nous savons bien qu'une maison de retraite ou une MAS met au moins deux ou trois ans pour sortir de terre. Aujourd'hui, la CNSA donne l'enveloppe pour l'année 2008, 40 % de l'enveloppe de 2009, et 20 % de l'enveloppe de 2010. Cela permet d'autoriser en CROSM (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale) des établissements qui ne pouvaient pas l'être auparavant. Nous réfléchissons à donner la possibilité d'aller encore plus loin sur les tranches. Cela permettrait aux opérateurs d'y voir clair. Certains opérateurs ont peu de visibilité sur le secteur des personnes âgées. Dorénavant, on donne de la visibilité à l'opérateur : il dépose son dossier, puis le DDASS et le préfet accordent les enveloppes à N+1 et N+2. Cela implique une certaine organisation financière et un minimum d'outils. Cela devrait accélérer la sortie des MAS et d'autres projets. Bien sûr, on peut toujours dire que ce n'est pas suffisant et jeter le bébé avec l'eau du bain. Mais dans ce cas, on doit faire un autre métier. Les outils que nous allons mettre à disposition vont permettre d'aller plus vite et de dépenser les crédits qui, parfois, ne le sont pas en raison de trop grands délais de sortie de terre.

À ce titre, l'analyse des besoins doit se faire le plus finement possible. Un travail d'amélioration qualitative des schémas départementaux est nécessaire, en analysant les



besoins et en apportant les réponses les plus cohérentes possible, et en partenariat avec les PRIAC (PRogrammes Interdépartementaux d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie). Cela induit un travail entre l'État et les conseils généraux.

Je connais bien le sujet, car j'ai rédigé trois schémas d'une durée de vie de dix ans. À l'époque, il était plus facile de les écrire, car les publics étaient beaucoup plus ciblés. Quand une personne était âgée, elle n'était pas en maladie d'Alzheimer à 58 ans, comme cela arrive aujourd'hui. Il nous faut des réponses pour des publics de plus en plus jeunes, tout en apportant des réponses pour les personnes âgées de plus de 95 ans. Les établissements accueillant les plus jeune malades atteints d'Alzheimer peuvent être différents des établissements traditionnels. C'est donc un sujet qui appelle de l'invention et de l'expérimentation. Les schémas départementaux doivent sans doute être plus complexes qu'auparavant, plus stratégiques et moins techniques. Ils doivent décrire les besoins sur une période de cinq ans, afin de les mettre en adéquation avec les PRIAC, étendus eux aussi à cinq ans.

En résumé, il reste encore de nombreuses raisons de se rencontrer pour faire avancer notre réflexion collective. Celle-ci doit faire intervenir les collectivités locales : les régions pour les formations, les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) et les communes qui prennent en charges les publics.

Pascal CHAMPVERT, AD-PA

Je vous félicite d'être venu, car tout le monde ne le fait pas. De plus, vous avez dit que vous souhaitiez revenir. Je ne veux donc pas vous accabler. Vous êtes directeur comme nous. La différence est que vous êtes payé pour dire que vous êtes satisfait, même lorsque les budgets sont insuffisants. Vous avez été hué, et c'est un peu normal lorsque vous dites que les crédits sont colossaux. Dans le secteur des personnes âgées, le taux de hausse est le plus bas depuis la canicule de 2003. L'État a renforcé les dispositifs qui permettent de diminuer les crédits dans certains établissements, en passant de la circulaire à un dispositif législatif. En conséquence, le problème majeur que nous vivons tous au quotidien est le suivant : d'un côté, l'État ne cesse d'augmenter les objectifs mais, de l'autre, les moyens ne permettent de couvrir que la moitié des besoins (rapport de la Cour des Comptes).

Trois solutions s'offrent alors à nous : soit nous doublons les moyens (ce n'est pas le cas du PLFSS 2008), soit nous diminuons clairement les objectifs, soit nous discréditons le rapport de la Cour des Comptes. Nous ne pouvons plus supporter les grands discours très médiatisés sur tout ce que nous devons faire pour nos publics. Nous avons évoqué le plan Solidarité grand âge du précédent Premier ministre, où l'on



a expliqué aux Français que les établissements allaient être dotés de budgets pharaoniques. Soit on arrête d'annoncer de grands objectifs, soit on donne les moyens adéquats. Dans tous les cas, nous devons arrêter de produire une grande publicité sur les objectifs tout en expliquant discrètement aux directeurs qu'il existe des contraintes financières justifiant le refus d'augmentation des crédits. La coexistence des grands objectifs annoncés et des restrictions budgétaires discrètes n'est plus tolérable.

Jean-Jacques TREGOAT, Directeur général de l'action sociale

Nous parvenons habituellement à faire converger nos points de vue, mais je crois que nous allons rencontrer quelques difficultés aujourd'hui. Les chiffres sont têtus : j'insiste pour ma part sur les 650 millions d'euros en plus pour les personnes âgées, qui s'ajoutent à une augmentation similaire pour l'année précédente. J'ai donc du mal à comprendre votre insatisfaction. Il fallait certainement faire mieux auparavant, mais c'est tout de même bien. En tant que Directeur général de l'action sociale, j'ai vu les crédits augmenter. C'est même moi qui vais les négocier. Cette négociation est autrement plus musclée que notre débat, fort sympathique au demeurant. Quand je sors des négociations, je ne suis pas si malheureux que cela. Je constate que j'ai obtenu 412 millions d'euros supplémentaires pour les personnes handicapées, 650 millions pour les personnes âgées, et que les crédits d'urgence sont considérablement augmentés (rapport de la Cour des Comptes). Je veux bien débattre sur l'insuffisance de tout cela. Toutefois, à force de dire que les crédits n'augmentent pas, nous allons nous faire prendre au mot. Je suis donc obligé de vous dire que le budget augmente de 1,05 milliard d'euros pour les personnes âgées et les personnes handicapées en 2008, par rapport à 2007. Je suis convaincu de la nécessité d'une organisation privilégiant les partenariats et les réseaux, comme dans les exemples que j'ai cités. Je rencontre de nombreuses personnes qui témoignent de l'efficacité de ce procédé. Parallèlement, le public ici présent témoigne de la beauté de mon métier.

Didier CHAPUY

Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à notre invitation. Je vous remercie également de nous avoir expliqué vos convictions.