

# Compte-rendu du Congrès de Saint Gilles Croix de Vie

## Les SSIAD ont-ils encore un avenir sans nouvelles formes de coopération?

Le XIVème congrès de l'UNASSI, les 21 et 22 Septembre 2006 a confirmé qu'il nous appartient de compléter notre offre de service au plan local, par le biais de coopérations ou mutualisations de services.

## Cette année le congrès UNASSI 20 ans...

Il y a eu tout d'abord un retour aux sources car le 1er congrès de l'UNASSI a eu lieu à St Gilles Croix de Vie, 20 ans auparavant.

Nous nous retrouvons donc à ce jour soit pour :

⇒ Cultiver la nostalgie avec une résistance au changement...mais tous les changements sont-ils pertinents?

⇒ Ou alors pour se ressourcer et retrouver l'élan fondateur? Pour cela que reste-t-il à créer et pour répondre à quel besoin?

*On parle donc de coopération, de mutualisation ou de fusion...c'est à dire :*

1. Travailler ensemble volontairement, en même temps, à égalité
2. Mettre en commun, en se rendant service, dans la reconnaissance et le respect réciproque
3. En gardant son identité ou en la perdant...en créant de nouvelles identités

Faut-il alors partager et organiser la complémentarité dans quel domaine, au service de qui, avec quelles garanties en respectant quelles frontières.

*Alors pourquoi faire ces changements?*

- faire des économies
- améliorer la qualité
- atteindre la taille critique qui permet une gestion rationnelle et répondre à la commande publique.

*A partir de ce constat les enjeux qui se posent :*

- faire mieux
  - avec moins (intégrer la logique d'enveloppes fermées)
  - au service d'usager qui seront de plus en plus nombreux et divers
- ⇒ D'où une innovation de la prise en charge à la prise en compte

*Il faudra donc :*

- diversifier les modes d'accompagnements
- maintenir le professionnalisme face à la tentation de la polyvalence
- améliorer la fluidité pour l'usager
- rationaliser la gestion sans créer des structures énormes qui sont chères et bureaucratiques

Une question se pose :

→ De nouvelles formes de coopérations...mais où sont les anciennes?

Ce changement n'est pas qu'une fluidité : il se construit si on maîtrise le présent.





L'intervention de M. Karsz, sociologue nous a confirmé le passage "d'une identité unique à une identité multiple".

*Pourquoi cette transformation?*

Au niveau de l'état,

- La notion d'argent (coût de certaines prises en charge, démarche qualité, efficacité)
- L'augmentation de la dépendance

(notion qualitative et quantitative, nouvelles pratiques, lien SSIAD/HAD, recherche de fluidité entre les diverses prises en charge, texte sur les groupements de coopération sociale ou médico-sociale, développement de nouveaux services comme le CESU)

- La survenue de crises (urgences, pandémies)

Il faut repenser le territoire sans crise pour les SSIAD...une coopération est donc nécessaire.

Au niveau de la région, le dossier formation revêt une plus grande acuité, avec le manque de personnels du secteur sanitaire et le vieillissement des personnels en place.

Dans la société civile, la solidarité inter génération n'existe plus, le député souhaite un coût moindre des SSIAD, mais l'humain souhaite conserver son lieu de vie, le maintien dans sa maison, auprès de ses voisins.

*Comment appréhender cette nouvelle identité?*

Trois choix nous sont donnés :

- rester de marbre vis-à-vis des changements, immuable et faire comme avant
- faire ce qu'on me dit de faire, il faut se moderniser, être dans l'air du temps, ne pas se poser de question. Je suis réaliste.
- lucide et critique - Quel prix va-t-on payer? Inventivité de formes inédites, particulières de coopération, adaptée à la réalité du terrain.

Les données du changements

- Les interventions sociales et de soins - Évolution de la société, de malade et découverte que le soin à domicile ne concerne pas que le corps mais qu'il dépend aussi du social.



M. DELANDE, économiste de la santé, a défendu "une meilleure efficacité dans un contexte économique programmé"

*Une contrainte démo-économique renforcée*

Du point de vue économique :

- Avant 1975, c'est le faste des "30 Glorieuses" avec une croissance économique de 5 à 7%. Cette période se traduit par un enrichissement personnel mais aussi la mise en place de l'état providence
- Remise en cause, en 75, avec les premiers chocs

pétroliers qui ont ramené le taux de croissance à des niveaux modestes (1 à 2 %) comparables à la situation actuelles

- Cette perte de croissance s'accompagne de phénomènes pernecieux : le chômage structurel, l'exigence de compétitivité dans un cadre de la mondialisation et la redistribution internationale des activités économiques.

Conséquences du changement de régime une aggravation des contraintes économiques, très largement occultées précédemment dans le secteur sanitaire et un développement des contraintes. Les ressources sont limitées.

1. Contestation de notre richesse par les pays émergents dont le poids démographique est considérable comme l'Asie. L'Europe possède 30% des richesses pour 7% de la population mondiale.
2. Désertification progressive du tissu économique, délocalisations affectant progressivement nos activités économiques.
3. Remise en cause du choix, fait après la seconde guerre mondiale, du système de répartition. Ce système suppose qu'il y ait une relation favorable, en termes d'effectifs, entre les actifs et les inactifs. Ce n'est plus le cas actuellement et nous assistons à un report de charges sur les générations futures. L'assurance maladie, par exemple, emprunte depuis 1990 entre 30 et 50 millions d'euros par jour pour ne pas être en faillite. C'est une dette de 100 milliards d'euros qui est ainsi générée depuis 16 ans. Nous ne prenons en charge que 90% de nos dépenses actuelles, 10% restent pour les enfants à venir.
4. Les fonctions fondamentales de l'état, (justice, sécurité, éducation, infrastructures...) sont négligées. L'importance des prélèvements sociaux (30% du PIB) est tel que l'état ne parvient plus à assumer correctement ses fonctions et qu'il a dû s'engager, lui-même, dans un processus d'endettement vertigineux. Les prélèvements sociaux ne suivent plus les dépenses d'ou affaiblissement de l'économie.
5. De nouveaux risques ne peuvent plus être pris en charge : sécurité sociale professionnelle liée au manque d'emploi, dépendance liée au vieillissement ou au handicap. Deux solutions pour financer ces nouveaux risques, soit produire un supplément de richesse immédiatement affecté au système social, (journée de solidarité par ex), soit substituer ce nouveau risque à d'anciens...

Du point de vue démographique

- Les mouvements migratoires sont difficiles à estimer, mais il existeront. Sans migration, nous allons diminuer de population en Europe.
- Nous savons que des années 45 à 72, la France a fait davantage d'enfants, nous devons donc prendre en compte cet accroissement, à posteriori, jusqu'en 2050.
- Le phénomène du "papy-boom" est aggravé par l'allongement constant de l'espérance de vie. Nous pourrions encore gagner 5 à 7 ans d'ici 30 ans. La durée du service de la retraite augmenterait de 45% dans ce cas.
- Le rapport entre le groupe des personnes de 60 ans et plus et le groupe des 20-59 ans passerait de 0.38 en 2000 à 0.78 en 2050 et de 1.70 à 1 cotisant pour 1 retraité en 2050.

**C'est une situation inédite, jamais connue ni affrontée par l'humanité jusqu'à présent.**

Cette situation radicalement nouvelle, conjonction d'une contrainte démographique forte, et d'une contrainte économique forte nécessitera la mise en œuvre de capacités de gestion particulièrement innovantes et efficaces.

Dans un tel contexte, les SSIAD ont un avenir radieux. Il est prévu une progression de l'ONDAM médico-social de 10% par an jusqu'en 2012, une augmentation de 40% des places et des ratios de personnel soignant dans les SSIAD.

Une nécessité de rechercher les modalités d'une plus grande efficacité.

Une multiplicité de réponses existe déjà. Nécessité? Possibilité? Volonté? De rationalisation des diverses modalités actuelles? Des diverses approches du problème?

Un double objectif d'efficacité face au coût des mesures prévues :

- Macro-économique : comment optimiser le coût collectif de la prise en charge?
- Micro-économique : comment optimiser la prise en charge individuelle en fonction des caractéristiques économiques et du souhait des personnes?

#### Quelques définitions :

- Efficacité : association de progrès d'efficacité, avec des possibilités de réduction des coûts.
- Efficacité : capacité d'une activité à produire les effets attendus.
- Coopération : c'est l'attitude, le comportement d'acteurs qui collaborent volontairement à la conception ou à la réalisation d'un objectif commun.
- Coordination : c'est la fonction d'agencement des interventions en vue de l'obtention d'un résultat, si possible le résultat visé.
- Économies d'échelle : le coût moyen de production diminue lorsque la taille de l'établissement augmente.

Le système sanitaire est caractérisé par un déséquilibre entre une différenciation forte des activités et de mécanismes de coordination faible. Il a des conséquences négatives sur l'efficacité, il est génération d'effets pervers, accentué par la présence de pathologies chroniques nécessitant des prises en charge longues, complexes, mieux coordonnées.

L'absence de mécanismes de régularisation, les mesures qui sont prises pour améliorer l'efficacité sont souvent insuffisantes pour amener les acteurs à passer d'un fonctionnement autonome à un fonctionnement coopératif, un comportement volontaire de collaboration. Et comme ni le marché, ni la hiérarchie ne sont des références suffisantes, c'est le réseau qui doit faire coopérer ces acteurs.

Tout le monde est bien conscient de l'urgence démographique, des impératifs économiques, qui militent en faveur d'un processus de coopération et de recomposition de l'offre.

Il ne faut cependant pas perdre de vue, que les conditions historiques, culturelles, réglementaires, budgétaires, politiques, de structuration du secteur (sanitaire, médico-social, social) sont à l'origine de rigidités le plus souvent très difficiles à surmonter. *"Mettre la personne au centre du*

*système, cet objectif louable se heurte à de grandes difficultés dans un pays, comme le nôtre, grand producteur d'institutions, dont la volonté de pérennité se révèle souvent incompatible avec de réelles capacités d'adaptation et d'évolution »* conclue le Pr. Delande.

Messieurs Habrias, Michel Jacquet, Thierry Godet, nous ont éclairé quant à la culture du partage permettant ainsi d'enrichir l'assemblée de ces expériences nouvelles dont ils sont les acteurs.

Par ailleurs, les ateliers ont permis aux participants d'échanger sur les "Nouvelles formes de coopération".

En conclusion, Olivier Dupille et Didier Molines ont fait la synthèse de ces deux journées:

Les congressistes sont conscients que "ça bouge", ils reconnaissent les enjeux de la coopération et la nécessité de mettre en avant les spécificités des SSIAD qui ne leur échappent pas. La coordination existe mais de façon informelle et elle est plus souvent horizontale que verticale.

Les SSIAD ont envie de développer des stratégies pour anticiper le changement mais ils se posent des questions sur le "comment faire". Quelle conduite doit-on tenir?

Les participants aux ateliers ont intégré la notion de prise en charge graduée, l'importance de la différence de culture et comprennent bien que c'est la pression du contrôle des ressources qui amène à se poser la question de la mutualisation des moyens.

Diverses expériences ont été évoquées, ainsi que diverses craintes :

- Être absorbé par l'autre,
- Peur de l'HAD, des services sociaux, des services d'aide à domicile,
- Glissement de tâches,
- Développement de la concurrence.

Les coopérations sont des processus ascendants, dépendants essentiellement de la capacité des acteurs à innover. Comment les institutionnaliser car chaque entité a "un marché spécialisé" : type de population, de handicap...

Les difficultés actuelles des SSIAD sont également mises en avant :

- Comment repérer les limites de notre mission?
- Conflit éthique lorsqu'un usager est refusé par le SSIAD à cause de sa charge de travail ou de son coût,
- Relations avec les médecins traitants,
- Divergences importantes dans la politique des D.D.A.S.S.

En fait, la T2A, pratiquée en milieu hospitalier ainsi qu'en HAD, augmente le besoin de lits d'aval, ce qui facilitera la mise en place de coopérations. **Coopérer est une injonction sous contrainte que les acteurs s'approprient pour innover.** La prise de conscience est faite mais il faut développer un outillage pour la gestion. Au début, le réseau tient d'abord aux individus, il faut institutionnaliser son pilotage pour le pérenniser.

Nicole Chapelet-Anne-Marie Paulin

---

**L'UNASSI tient à remercier tout particulièrement Patrick Nayl et son équipe pour leur investissement et leur accueil toujours aussi chaleureux...20ans après.**