



CONCERTATION AUTONOMIE ET SANTÉ

LES PROPOSITIONS DE L'UDES

12 JUIN 2020

LE SOMMAIRE

Le contexte	p.3
La synthèse des propositions de l'UDES.....	p.4
Les propositions de l'UDES	p.6
1. Une approche de l'autonomie fondée sur une prévention multidimensionnelle	p.6
2. Un financement de la perte d'autonomie d'abord basé sur la solidarité nationale	p.7
3. Un financement adapté pour les services à domicile	p.7
4. Une gouvernance clarifiée et partagée entre pouvoirs publics, acteurs et usagers	p.8
5. Une qualité de vie au travail, levier de la qualité des soins et de l'accompagnement.....	p.8
6. L'impérieuse revalorisation financière des métiers du grand âge et la poursuite du développement des formations.....	p.9
7. Un parcours de vie qui s'adapte aux besoins et évolutions de la personne.....	p.10
8. Le maintien à domicile et les dispositifs alternatifs à l'établissement.....	p.11
9. Une médicalisation accrue de l'EHPAD.....	p.12
10. Un renforcement du soutien et de l'accompagnement des aidants.....	p.13
11. L'information des usagers et la coordination territoriale dans l'accès aux soins	p.14
12. Les outils numériques de gestion	p. 15

LE CONTEXTE

Suite à la crise sanitaire du COVID-19, le Ségur de la Santé est lancé le 25 mai 2020 pour apporter des réponses à la situation de l'hôpital public, et de ses personnels :

- La nécessité de briser les silos entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social : Améliorer la coordination, soulager l'hôpital, favoriser les rapprochements...
- La revalorisation des carrières et des métiers : parcours et rémunération
- Le besoin de souplesse des acteurs de la santé et du médico-social

Le ministre de la santé annonce également la reprise d'un financement de la perte d'autonomie par la création d'un 5^e risque-branche de la Sécurité Sociale. Ces annonces, particulièrement structurantes, légitiment des propositions de l'UDES.

...

Le vieillissement des populations se révèle être un phénomène mondial connaissant une hausse continue chaque année. En France, la part des personnes âgées de 65 ans ou plus est passée de 13,9 % en 1990 à 18,8 % en 2016¹. La population âgée de 85 ans et plus va doubler entre 2018 et 2040, et tripler d'ici 2060 pour atteindre 5,8 millions de personnes².

Cette situation implique nécessairement des enjeux d'éthique et de droits : la question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie tient, d'une part, d'un choix de société et de la solidarité individuelle, familiale et collective, et, d'autre part, au respect des droits fondamentaux et des libertés individuelles.

La perte d'autonomie représente aussi un enjeu d'ordre économique et financier intégrant notamment le développement de la silver économie.

Face à ces enjeux, le Président de la République a relevé, lors de son discours devant le Parlement réuni en Congrès le 9 juillet 2018 à Versailles, la nécessité de structurer le financement et l'organisation d'un nouveau risque social : la perte d'autonomie.

Par lettre en date du 17 septembre 2018, le Premier ministre a missionné Dominique LIBAULT, Conseiller d'État, de piloter une concertation sur le grand âge et l'autonomie et de proposer des pistes d'évolutions concrètes au Gouvernement. La concertation « Grand âge et autonomie », lancée le 1^{er} octobre 2018 par la Ministre des Solidarités et de la Santé, a pris fin en février 2019. En octobre 2019, Myriam El Khomri, missionnée par la ministre de la santé, produit un rapport en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge.

Le nouveau ministre de la santé Olivier Véran a annoncé avant la crise sanitaire la mise à l'agenda du parlement d'un projet de loi sur le grand âge et la perte d'autonomie.

Le Ségur de la santé, animé par Nicole Notat se déroulera du 25 mai au 28 juin 2020 et ses conclusions rendues en juillet. Il est organisé de la manière suivante :

- Un Comité Ségur national reposant sur les 3 piliers/chantiers suivants :
 - Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins
 - Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes
 - Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers : Ce pilier doit nous permettre de faire des propositions fortes afin d'aller dans le sens d'une reconnaissance des acteurs du domicile
- Un groupe spécifique Carrières et rémunération.

L'UDES, par l'intermédiaire de ses adhérents impliqués de par leurs activités et celles de leurs employeurs (fédérations associatives de l'aide et soins à domicile, fédérations associatives des secteurs social et médico-social, Mutualité française), entend peser sur les débats.

¹ « Le vieillissement de la population et ses enjeux », Observatoire des territoires, Janvier 2018.

² « L'accompagnement de la perte d'autonomie en France », Roland Berger, Septembre 2018.

LA SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DE L'UDES

1. UNE APPROCHE DE L'AUTONOMIE FONDÉE SUR UNE PRÉVENTION MULTIDIMENSIONNELLE

Cinq champs d'action :

- Le domicile de la personne.
- L'environnement du domicile de la personne âgée.
- Les situations de fragilité.
- Le système de soins.
- Les aidants.

2. UN FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE D'ABORD BASE SUR LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Conforter un système de solidarité nationale : la prise en charge du risque de perte d'autonomie relèverait de la responsabilité collective et son financement serait fondé principalement sur un principe de solidarité intergénérationnelle.

Créer une 5^e branche de la sécurité sociale spécifiquement dédiée au risque de perte d'autonomie.

Examiner l'opportunité de mettre en œuvre un système assurantiel complémentaire d'un système de financement public.

3. UN FINANCEMENT ADAPTE POUR LES SERVICES A DOMICILE

Nécessité de revaloriser les salaires et de mettre en place une tarification couvrant les coûts réels des services à domicile.

4. UNE GOUVERNANCE CLARIFIÉE ET PARTAGÉE ENTRE POUVOIRS PUBLICS, ACTEURS ET USAGERS

Edicter des règles communes nationales associées à une gouvernance locale pour leur mise en œuvre.

Inclure les parties prenantes tant à l'échelle nationale à l'image du Conseil de la CNSA qu'au niveau territorial par une déclinaison adaptée de ce modèle.

Mieux articuler les différents niveaux territoriaux (régions, départements).

5. UNE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL, LEVIER DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Renforcer l'offre de soins et d'accompagnement à domicile et l'amélioration de la coordination avec les professionnels de santé et l'hôpital.

Amélioration la qualité de vie au travail dans les structures d'aide et de soin à domicile :

- Reconnaissance des temps d'échanges et de coordination dans les structures d'aide et de soins à domicile.
- Limitation de la fragmentation des interventions.
- Soutien aux démarches de prévention des risques professionnels et aux démarches d'amélioration de l'organisation du travail.

6. L'IMPÉRIEUSE REVALORISATION FINANCIÈRE DES MÉTIERS DU GRAND ÂGE ET LA POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT DES FORMATIONS

S'agissant des métiers :

- Revaloriser fortement les rémunérations des métiers du grand âge, premier frein à l'attractivité des métiers du secteur.
- Mener des actions spécifiques de sensibilisation auprès du public scolaire à la recherche d'un stage.
- Développer l'apprentissage ouvert à tous les métiers, soignants, non soignants, de niveau BAC au BAC+5.
- Mettre en place une campagne nationale d'information en faveur des métiers du Grand âge.

	<p>S'agissant de la formation :</p> <ul style="list-style-type: none">- Développer des formations qualifiantes.- Développer des modules spécifiques de gériatrie et de gérontologie dès la formation initiale.- Mettre en place de formations spécifiques.- Généraliser le métier d'assistant au projet de vie.- Créer une nouvelle fonction de coordinatrice de parcours.
7. UN PARCOURS DE VIE QUI S'ADAPTE AUX BESOINS ET EVOLUTIONS DE LA PERSONNE	<p>Articuler le parcours autour de trois étapes de vie :</p> <ul style="list-style-type: none">- Première étape : la personne âgée est valide et active.- Deuxième étape : la personne âgée connaît ou anticipe les premiers signes de fragilité.- Troisième étape : la personne âgée est en perte d'autonomie nécessitant le recours à des professionnels formés.
8. LE MAINTIEN A DOMICILE ET LES DISPOSITIFS ALTERNATIFS A L'ETABLISSEMENT	<p>Développer des dispositifs de renforcement du maintien à domicile et les accompagner de financements adéquats et pérennes.</p> <p>Soutenir et généraliser les initiatives dites « de domicile renforcé » ainsi que l'habitat intergénérationnel.</p>
9. UNE MEDICALISATION ACCRUE DE L'EHPAD	<ul style="list-style-type: none">- Renforcer le rôle du médecin coordinateur en EHPAD.- Généraliser la mutualisation des infirmiers de nuit.- Développer la santé numérique.- Faire émerger de nouveaux métiers. <p>Limiter le reste à charge via un plafonnement tarifaire, via une modulation des tarifs en fonction des revenus, via une assurance dépendance généralisée.</p>
10. UN RENFORCEMENT DU SOUTIEN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS	<p>Accompagner spécifiquement les aidants par :</p> <ul style="list-style-type: none">- Une inclusion de manière systématique dans le socle des garanties complémentaires des salariés et des fonctionnaires d'un accompagnement des proches aidants.- La mise en place d'une charte de partenariat.- Un meilleur aménagement de la vie professionnelle en concertation avec l'employeur. <p>Initier une négociation multiprofessionnelle sur ce thème dans une perspective d'effet levier sur les branches.</p>
11. L'INFORMATION DES USAGERS ET LA COORDINATION TERRITORIALE DANS L'ACCES AUX SOINS	<p>Fusionner tous les dispositifs pour harmoniser l'accès à l'information.</p> <p>Envisager un dispositif renforcé d'accompagnement à domicile dans lequel les EHPAD et les acteurs d'aide et de soins de proximité déjà présents sur le territoire constitueraient des plates-formes gériatriques de proximité.</p> <p>Faire des Communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) un vecteur privilégié favorisant le parcours global d'accompagnement et de soins des personnes âgées vieillissantes.</p>
12. LES OUTILS NUMERIQUES DE GESTION	<p>Mettre en place un pilotage national d'une démarche d'interopérabilité des systèmes d'information par les pouvoirs publics et investir lourdement dans des logiciels métiers via des appels à projet.</p>

LES PROPOSITIONS DE L'UDES

Avant toute chose, il nous apparaît important de souligner que les propositions qui suivent doivent s'inscrire au regard du droit des personnes d'être défendues :

- Réaffirmer la pleine citoyenneté des personnes et lutter contre les discriminations.
- Inscrire dans la loi le droit de toute personne de vieillir chez soi.
- Etendre et respecter le choix des personnes au regard du projet de vie.

Par ailleurs, l'autonomie n'est pas abordée sous l'angle des personnes en situation de handicap bien que nombre de propositions puissent être communes. Il conviendrait de faire converger les politiques du handicap et de l'avancée en âge. La future loi autonomie doit viser clairement toutes les personnes en situation de perte d'autonomie quelle qu'en soit l'origine handicap, maladies chroniques ou avancée en âge.

1. UNE APPROCHE DE L'AUTONOMIE FONDEE SUR UNE PREVENTION MULTIDIMENSIONNELLE

La prévention doit constituer un axe d'intervention obligatoire pour les acteurs du secteur social et médico-social. Elle occupe un rôle majeur dans l'anticipation du développement de maladies chroniques et des déficiences à fort impact en termes d'autonomie de la personne âgée (perte d'audition, problèmes de vue, problèmes dentaires...). La mise en place de programmes de prévention est un investissement qui permet de limiter d'autres coûts (santé, prévoyance...).

La promotion de la santé et notamment les recommandations en matière d'activité physique permettraient, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), d'éviter 10 millions de nouveaux cas de personnes en perte d'autonomie chaque année³. Les progrès et évolutions des techniques médicales, telles que la e-santé, constituent également des facteurs de prévention ;

A cet égard, pour l'UDES, les actions de prévention doivent porter sur cinq champs d'action :

- **Le domicile de la personne** : il faut accroître les moyens permettant d'adapter et de sécuriser le domicile ; la question de la prévention du risque de chute à domicile est insuffisamment prise en compte.
- **L'environnement du domicile de la personne âgée** : la prévention peut se décliner en aménagements urbains novateurs (équipement extérieurs, transports, sécurité du domicile), en action locale par une bonne coordination des services et de l'accessibilité de l'information, en environnement participatif par une lutte contre l'isolement (actions récréatives, culturelles, sociales).
- **Les situations de fragilité**⁴ : les actions de prévention impliquent la capacité de l'ensemble des acteurs du système (médecins généralistes, intervenant de l'aide et du soin à domicile, caisses de retraite, organismes de protection complémentaire) à déceler les situations de fragilité.
- **Le système de soins** : l'adéquation de l'organisation d'un tel système aux spécificités liées au vieillissement implique une approche multidimensionnelle des différentes étapes de vie afin de prévenir la maladie et le déclin fonctionnel de la personne âgée.

³ « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 », HCFEA, Novembre 2018.

⁴ La fragilité est définie comme une réduction multi systémique des réserves fonctionnelles limitant la capacité de l'organisme à répondre à un stress, même mineur. Associée à la survenue d'évènements indésirables de santé (hospitalisation, chutes, etc.), elle est un important facteur de risque de perte d'autonomie (HCFEA, cf. supra).

- **Les aidants** : les actions de prévention individuelles et collectives visant à prévenir la perte d'autonomie et l'épuisement des aidants (campagne de vaccination antigrippale, ateliers mémoire, groupes de parole, maintien de l'activité physique, etc.) doivent être davantage reconnues et valorisées dans leur financement au sein des territoires, afin d'améliorer la prise en compte des besoins de chacun. Cette valorisation se traduit notamment par un renforcement des plans d'aide et par une reconnaissance des coûts de revient des services.

Pour atteindre ces objectifs, il conviendrait d'inscrire le financement de la prévention dans une logique pluriannuelle.

2. UN FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE D'ABORD BASE SUR LA SOLIDARITE NATIONALE

Pour l'UDES, les financements actuels et prévus se révèlent insuffisants.

Un réel enjeu de société se dessine au sein du débat de l'accompagnement et la place des personnes âgées dans notre société. Leurs conditions de vie difficile et l'exclusion sociétale sont des points d'alerte remontés au mois de mai 2018 par le Comité consultatif national d'éthique et ne doivent en aucun cas s'ériger aujourd'hui en facteur de discrimination. Cette réalité sociétale trouve notamment son origine dans le système de financement actuel, inadéquat pour garantir un accompagnement suffisant aux personnes âgées.

Le financement de la perte d'autonomie, 0,15 point de CSG soit 2,3 Md€, est très insuffisant (alors que les besoins de financement supplémentaires avaient été chiffrés à plus de 6Md€ dès 2024 puis 9 Md€ après 2030 dans le rapport Libault) s'agissant à la fois de la nécessité de transformer l'offre et son organisation mais également de limiter les restes à charge (RAC) ; par ailleurs, le calendrier proposé (0,15 point de CSG à l'horizon 2024) n'est absolument pas en phase avec les problèmes existants ni les attentes ; pour mémoire, la crise a touché massivement les personnes âgées et accéléré les prises de conscience.

Concernant le financement, l'UDES propose de conforter un système de solidarité nationale : la prise en charge du risque de perte d'autonomie relèverait de la responsabilité collective et son financement serait fondé principalement sur un principe de solidarité intergénérationnelle.

L'UDES soutient la création d'une nouvelle « **prestation autonomie** » (**aide technique et humaine**) **au domicile et la reconnaissance du risque de perte d'autonomie comme un nouveau risque de protection sociale assis sur la solidarité nationale sans nouveau prélèvement obligatoire.**

En ce sens l'UDES est favorable à l'avant-projet de loi récemment diffusé aux partenaires sociaux et portant création d'une 5^e branche de la sécurité sociale spécifiquement dédié au risque de perte d'autonomie.

En complément d'un système de financement public, un système assurantiel pourrait être proposé qui n'exclut pas les personnes économiquement vulnérables : cette solution serait applicable à l'ensemble de la population, sans sélection des risques, dans lequel l'obligation de cotiser à partir d'un certain âge répondrait à la nécessité de la prise en charge de la perte d'autonomie face au vieillissement de la population et ses conséquences.

3. UN FINANCEMENT ADAPTE POUR LES SERVICES A DOMICILE

La solution de financement devra permettre aux structures de fonctionner sereinement mais aussi de produire les efforts salariaux nécessaires pour leurs personnels.

S'agissant du financement de la coordination des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), il est opportun de concevoir des fongibilités entre les budgets de l'Assurance maladie pour les activités de soins et le département pour les services d'aide. Le seul financement d'une mission de coordination au sein des SPASAD ne suffira pas à répondre aux enjeux démographiques et épidémiologiques.

Plus largement et au-delà des SPASAD, il s'agit de repenser en profondeur le modèle de financement de l'accompagnement à domicile (SAAD/ SSIAD/ SAPSAD) en décroissant l'aide et le soin vers le financement de services d'accompagnement à l'autonomie à domicile.

Les allocations de solidarité (PCH, APA) sont aujourd'hui en rupture du financement de services, ces derniers étant contraints d'assumer la différence entre le coût de revient d'une intervention et le financement horaire accordé. Dès lors, le modèle économique des SAAD doit être envisagé non plus uniquement dans une logique de tarification horaire mais dans une optique de dotation globale qui tient compte de la réalité budgétaire et comptable des services. Plus globalement, l'urgence est à la reconnaissance et l'élargissement des missions des SAAD, au financement de la réalité des coûts de revient dont les prestations indirectes mal reconnues par la seule solvabilisation des personnes via l'APA et la PCH.

L'UDES regrette de manière générale la sous-estimation des besoins de financement des services à domicile et, par conséquent attend une revalorisation des salaires d'une part et une tarification couvrant les coûts réels des services à domicile d'autre part.

Il convient enfin de soutenir et généraliser des CPOM globaux dans une logique de filière gériatrique globale (impliquant des capacités à fongibiliser les financements) incluant donc les PA/PH/domicile/sanitaire, soit tout le secteur sanitaire, social et médico-social.

4. UNE GOUVERNANCE CLARIFIEE ET PARTAGEE ENTRE POUVOIRS PUBLICS, ACTEURS ET USAGERS

Sur les questions de gouvernance, l'UDES propose les principes suivants :

- **Edition de règles communes nationales associées à une gouvernance locale** pour leur mise en œuvre. Cela mettra fin aux inégalités territoriales aujourd'hui constatées.
- **Inclusion des parties prenantes** tant à l'échelle nationale à l'image du Conseil de la CNSA qu'au niveau territorial par une déclinaison adaptée de ce modèle.
- **Meilleure articulation entre les différents niveaux territoriaux** (régions, départements) ; la crise sanitaire a révélé les insuffisances de coordination.

5. UNE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL, LEVIER DE LA QUALITE DES SOINS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

La question de la qualité des soins et de l'accompagnement doit intégrer la réponse à l'ensemble des besoins : physiologiques jusqu'aux besoins de participation et de vie sociale. **L'offre de soins et d'accompagnement à domicile et l'amélioration de la coordination avec les professionnels de santé et l'hôpital doivent être renforcées.** Cela contribuera à limiter les hospitalisations évitables et la dépendance iatrogénique, facteurs majeurs d'amélioration de la pertinence des soins.

Dans les structures d'aide et de soin à domicile, l'amélioration de la qualité de vie au travail, autre facteur clé d'amélioration de la qualité des soins, passe par des mesures essentielles et simples :

- **Une reconnaissance des temps d'échanges et de coordination dans les structures d'aide et de soins à domicile :**
 - Les temps d'échanges et de coordination des salariés sont limités en temps face à une exigence de productivité.
 - L'UDES demande à rendre effectif le financement des heures non présentes dédiées aux temps de coordination et d'échanges des intervenants (définition d'un nombre d'heure minimal de coordination)

- **La limitation de la fragmentation des interventions :**
 - La fragmentation des interventions est un enjeu de prévention des risques des professionnels et de qualité de vie au travail à plusieurs égards.
 - L'UDES demande une limitation du fractionnement des plans d'aide de l'APA, ainsi qu'une compensation de leur impact financier sur les structures :

- **Le soutien aux démarches de prévention des risques professionnels et aux démarches d'amélioration de l'organisation du travail :**
 - De véritables leviers existent pour améliorer la qualité de vie au travail dans les SAAD, via notamment la mise en place de démarche intégrée de prévention des risques.
 - De même pour endiguer les problématiques d'inaptitude, d'absentéisme et de turn over, il est nécessaire de repenser l'organisation du travail pour les personnels d'intervention des SAAD.

Ainsi l'UDES soutient l'appui à ces démarches et la reconnaissance financière des fonctions supports et temps dédiés à la mise en œuvre au long court de ces démarches.

Pour l'UDES, la santé numérique et les technologies associées constituent, en outre, un levier d'action contributif à la qualité des soins destinés aux personnes âgées à mobilité réduite vivant à domicile et à la qualité de vie au travail des professionnels au sein des établissements.

En effet, les évolutions technologiques ont fait émerger de nouvelles possibilités de nouvelles pratiques médicales avec des applications concrètes auprès de l'ensemble des publics (téléconsultation...) et d'aménagements du domicile (domotique) auprès des personnes âgées, en termes de prévention (auto-diagnostic, exercices de mémoire...) et de lien social (outils numériques de communication entre les résidents et les familles).

Le développement de la Silver économie, en lien avec les acteurs de la filière autonomie doit être un levier de renforcement des innovations technologiques.

6. L'IMPERIEUSE REVALORISATION FINANCIERE DES METIERS DU GRAND AGE ET LA POURSUITE DU DEVELOPPEMENT DES FORMATIONS

Au-delà des financements proposés (Cf. ante), concernant le recrutement des personnels soignants, le secteur connaît aujourd'hui une pénurie de candidatures. Pour l'UDES, il est nécessaire de mener une politique publique s'articulant autour de quatre actions :

- **Revaloriser fortement les rémunérations** des métiers du grand âge, premier frein à l'attractivité des métiers du secteur.
- **Mener des actions spécifiques de sensibilisation** auprès du public scolaire à la recherche d'un stage ;
- **Développer l'apprentissage** ouvert à tous les métiers, soignants, non soignants, de niveau BAC au BAC+5 ;

- **Mettre en place une campagne nationale** d'information en faveur des métiers du Grand âge (soins, accompagnement, animation, restauration, hôtellerie...).

S'agissant de la formation, l'UDES souhaite une politique en adéquation avec l'évolution des besoins des personnes accompagnées (qualité des soins, maladies chroniques) et des compétences du personnel soignant. L'UDES propose :

- **Le développement de formations qualifiantes** afin de valoriser les métiers des acteurs du secteur, et notamment des formations du personnel soignant aux nouvelles pratiques médicales issues des évolutions technologiques (santé numérique) ; Il conviendra de porter une attention particulière à la situation des non diplômés qui sont en poste.
- **Le développement de modules spécifiques de gériatrie et de gérontologie dès la formation initiale**, notamment dans les domaines les plus sensibles que sont la maladie d'Alzheimer et les maladies neuro-dégénératives ;
- **La mise en place de formations spécifiques** pour certains domaines tels que l'accompagnement de la fin de vie et les approches non médicamenteuses ;
- **La généralisation du métier d'assistant au projet de vie**, nouveau métier dont bénéficient certaines familles depuis 2016.
- **La création d'une nouvelle fonction** : celle de coordinateur de parcours, elle intervient avant tout en médiation pour répondre aux problématiques ou besoins rencontrés par les bénéficiaires, leurs proches aidants, les intervenants et par les partenaires du domicile.

La valorisation des métiers et le développement des formations doivent s'accompagner d'une externalisation et d'une mutualisation des tâches administratives qui ne cessent de s'accroître, de façon à libérer du temps de soins pour les personnes âgées et à améliorer les conditions de travail des professionnels du secteur.

L'UDES salue le rapport El Khomri qui prévoit de renforcer l'attractivité des métiers liés au grand âge, de l'aide et soins à domicile et des établissements notamment auprès des jeunes.

7. UN PARCOURS DE VIE QUI S'ADAPTE AUX BESOINS ET EVOLUTIONS DE LA PERSONNE

L'UDES soutient et appuie les logiques de parcours entre les différents acteurs de la filière, sanitaire, sociale et médico-sociale afin d'en réduire le morcellement et d'améliorer la qualité des services rendus aux personnes âgées. Il est indispensable d'envisager une nouvelle organisation. Le parcours doit évoluer en une organisation triptyque s'articulant autour des différentes étapes de vie que connaît aujourd'hui une personne âgée.

- **Première étape : la personne âgée est valide et active**
Cette première étape doit faire l'objet de mesures préventives, afin de retarder les premiers signes de fragilités physiques, psychiques et sociales : consultations régulières, pratique et suivi des activités physiques et sportives, prévention bucco-dentaire, etc.
- **Deuxième étape : la personne âgée connaît ou anticipe les premiers signes de fragilité**
Il convient lors de cette étape d'assurer le maintien durable de l'autonomie de la personne âgée afin qu'elle continue à mener une vie « normale », en préservant l'indépendance : aide à domicile, adaptation du logement, aide à la mobilité, (actions de prévention) etc.
- **Troisième étape : la personne âgée est en perte d'autonomie nécessitant le recours à des professionnels formés**

Cette dernière étape doit être accompagnée d'une aide matérielle adéquate aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie : aide et soin à domicile, accompagnement des proches et des aidants, portage de repas, activités d'animation, de sorties et de compagnie, services d'ergothérapie, services de soutien psychologique et d'activités sportives et physiques, etc.

Au regard des deux dernières étapes et de façon à améliorer l'accès au soin, une coordination des différents acteurs est nécessaire de façon à permettre aux personnes de demeurer le plus longtemps possible au domicile.

Outre l'inscription des établissements, services sociaux et médico-sociaux et des acteurs de la santé au sein de formes d'exercice coordonné, le développement de la télésanté permettra à la fois un renforcement de la coopération, des conditions d'exercice facilitées et une prise en charge des personnes accompagnées plus adaptée.

8. LE MAINTIEN A DOMICILE ET LES DISPOSITIFS ALTERNATIFS A L'ETABLISSEMENT

Parmi les grandes idées formulées par les citoyens, il ressort la volonté de renforcer le maintien à domicile des personnes âgées : l'UDES souscrit à cette volonté.

Le maintien à domicile est soutenu par l'accompagnement global de la personne proposé aujourd'hui par les SAAD, les SSIAD (Service Soins Infirmiers A Domicile), les SPASAD, et les centres de santé (Centre de Santé Infirmiers et centres de santé pluriprofessionnels), les PSAD (prestataires de santé à domicile), acteurs de la cohésion sociale porteurs d'offres innovantes en vue de s'adapter aux besoins des personnes âgées et malades chroniques tant en matière de prévention que de prise en charge. Le lien domicile/hôpital doit être largement densifié notamment mais pas seulement autour de la question des sorties d'hôpital.

S'agissant des PSAD, L'UDES soutient la nécessité de confirmer en droit que les prestataires de santé à domicile sont des acteurs de santé, de clarifier leur organisation, de leur donner un véritable statut et d'examiner leur mode de rémunération.

Le renforcement du maintien à domicile porte la généralisation d'une diversification de l'offre pour proposer à la personne les services qui lui permettront de respecter son choix de bien vivre à domicile (étude citizing 2019).

L'UDES est favorable au développement des dispositifs de renforcement du maintien à domicile qui doivent être accompagnés de financements adéquats et pérennes. Néanmoins, le maintien à domicile constitue un levier majeur pour de très nombreuses personnes dépendantes et peut être soutenu par les services d'aide à domicile. **Les initiatives dites « de domicile renforcé » doivent être soutenues et généralisées.**

D'une manière générale, le maintien à domicile impacte positivement les finances publiques par :

- Une diminution des hospitalisations d'urgence et donc des coûts supportés par la Sécurité sociale ;
- Une participation des aidants au marché du travail et une embauche des intervenants de l'aide à domicile, génératrices de cotisations sociales et d'impôts.

Pour l'UDES, les nécessités d'adaptation des logements au vieillissement doivent faire l'objet d'un repérage et d'une information renforcés dans l'optique de les proposer à la population qui en a besoin sous la forme de bourses aux logements ou d'adapter les logements existants.

Les MDPH, par un travail de coordination avec les acteurs locaux, pourraient proposer un aménagement et une amélioration de l'habitat de la personne âgée afin de sécuriser les sorties d'hospitalisation par exemple.

L'habitat intergénérationnel est développé et soutenu dans les branches de l'ESS et en particulier dans les foyers des jeunes travailleurs. L'UDES souhaite également le développement d'autres dispositifs alternatifs : l'habitat inclusif, l'habitat communautaire, l'habitat groupé, l'habitat modulaire, l'habitat connecté ou encore les résidences autonomie.

Ces dispositifs peuvent faire l'objet d'une simplification et d'une communication accrues pour une meilleure mise en œuvre. Ils doivent également être envisagés sous un prisme inclusif dans le choix des lieux d'implantation, déterminant pour harmoniser les disparités territoriales quant à l'accès aux services et aux soins.

En outre, l'accueil familial apparaît également comme une autre alternative : dans une optique de développement de cette pratique, il peut être envisagé de permettre aux structures de l'aide et des soins à domicile d'employer les accueillants familiaux pour une meilleure qualité de l'offre.

9. UNE MEDICALISATION ACCRUE DE L'EHPAD

Dans le cas où un maintien à domicile n'est plus possible et compte tenu de l'évolution des besoins, **l'UDES propose notamment un accroissement de la « médicalisation » de l'EHPAD.** Il s'agit de renforcer la présence médicale dans l'établissement sans pour autant contraindre son organisation et son fonctionnement et sans obérer les missions des acteurs ambulatoires, sociaux et médico-sociaux. Quatre volets d'actions peuvent être envisagés :

- **Le renforcement du rôle du médecin coordinateur en EHPAD.** Les missions du médecin coordinateur en l'état actuel ne lui permettent pas de garantir une action prescriptive similaire à celle du médecin traitant. Sa faible capacité à prescrire conduit à une faible attractivité. Le constat est d'autant plus marquant lorsque l'on sait que 30% des EHPAD manquent à l'obligation légale de disposer d'un médecin coordinateur. De surcroît, les EHPAD sont dans l'impossibilité de contractualiser avec des médecins libéraux contrairement aux autres professionnels libéraux afin de définir des conditions particulières d'exercice telles que le mode de rémunération. Dès lors, il paraît opportun de renforcer les compétences du médecin coordinateur par une capacité de prescription individuelle au sein de l'établissement en cas d'adaptation nécessaire des traitements à l'évolution des besoins de la personne ou en cas d'examen complémentaire.
- **La généralisation de la mutualisation des infirmiers de nuit.** Cette mesure, proposée par le Gouvernement, est soutenue par l'UDES : la présence d'infirmiers de nuit peut permettre de limiter et d'éviter les hospitalisations d'urgence.
- **Le développement de la santé numérique.**
- **L'émergence de nouveaux métiers.** Face aux nouvelles pratiques médicales, notamment issues des évolutions technologiques et de la santé numérique (télémédecine, téléconsultation...), il apparaît nécessaire de créer et développer de nouveaux métiers des personnels soignants afin de garantir une adéquation des soins. **Par ailleurs, l'EHPAD pourrait tendre à une spécialisation en fonction des profils de dépendance des résidents.** Cette évolution est de nature à améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées.

En outre, la prise en charge médicale au sein des EHPAD peut être améliorée par **la création de postes d'infirmières en pratiques avancées spécialisées en gériatrie.** Pour rappel, la ressource soignante

au sein des EHPAD demeure modeste voire insuffisante : le temps médical disponible, interne et externe, reste limité et se consacre principalement à des tâches de coordination, d'où la nécessité d'externalisation et de mutualisation des tâches (Cf. supra).

La question des résidents relevant de la psychiatrie en EHPAD doit être également traitée ; les EHPAD ne sont pas aujourd'hui organisés pour cet accueil et pourtant accueillent ces résidents (question de la gérontopsychiatrie).

La question du reste à charge (RAC) est une question primordiale dans une optique d'accessibilité. La limitation du RAC peut s'opérer via un plafonnement tarifaire, via une modulation des tarifs en fonction des revenus, via une assurance dépendance généralisée.

En effet, un tel système permettrait d'amortir le reste à charge d'hébergement moyen en France qui demeure très élevé, à savoir 2 000 euros par mois⁵. Un prix plus modeste serait davantage incitatif de façon à éviter les situations où certaines personnes âgées préfèrent rester à domicile dans de mauvaises conditions pour eux et leurs aidants. À cela s'ajoute que le coût des EHPAD augmente plus rapidement que les revenus des résidents et de leurs familles.

10. UN RENFORCEMENT DU SOUTIEN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS

L'UDES, favorable au renforcement de l'offre de répit, relève le besoin d'un accompagnement spécifique des départements au déploiement du droit au répit. En effet, l'accès à ce dispositif demeure actuellement difficile en raison de plans d'aide insuffisants et un reste à charge élevé pour certaines familles. **A ce titre, il peut être opportun d'envisager un financement dédié à l'expérimentation sur le relayage.** Par ailleurs, il est nécessaire de faire évoluer le cadre normatif, peu adapté en l'état actuel, et appliquer le droit du travail aux activités des aidants.

En outre, l'UDES souhaite un accompagnement spécifique des aidants par :

- **Une inclusion de manière systématique dans le socle des garanties complémentaires des salariés et des fonctionnaires d'un accompagnement des proches aidants** garantissant certains minimas (aide dans la recherche d'aides financières, de services d'aide à domicile, de solutions de répit, accès gratuit à un soutien psychologique, participation aux frais liés à l'aide : aménagement du domicile, solution de répit...);
- **La mise en place d'une charte de partenariat** entre les aidants et les acteurs de la prise en charge de la perte d'autonomie notamment en vue d'une sensibilisation et d'une formation efficaces ;
- **Un meilleur aménagement de la vie professionnelle en concertation avec l'employeur** (passage à temps partiel, aménagement d'horaires, amélioration des congés...). Le HCFEA rappelle que ces aménagements sont demandés avec insistance par les aidants actifs et concernent 11% desdits aidants dont 15% ont connu un arrêt de travail (arrêt maladie, arrêt d'activité ou retraite anticipée) et 13% ont changé la nature de leur travail⁶ (avec ou sans changement d'employeur).

Cette politique de soutien et d'appui aux aidants doit amener à éviter :

- l'emploi à temps partiel de l'aidant ;
- un soulagement psychologique de l'aidant pour éviter une maladie chronique ;
- l'entrée contrainte en établissement de la personne âgée.

⁵ « Health at a Glance 2017 », OCDE, Novembre 2017.

⁶ Cf. note de bas de page n° 4.

L'UDES pourrait initier une négociation multiprofessionnelle sur ce thème dans une perspective d'effet levier sur les branches.

L'UDES soutient les propositions du rapport s'agissant des proches aidants et notamment la création d'un guichet unique ressource à leur endroit.

11. L'INFORMATION DES USAGERS ET LA COORDINATION TERRITORIALE DANS L'ACCES AUX SOINS

L'UDES est favorable au renforcement de l'accès aux soins par une meilleure information sur les dispositifs actuels et une coopération renforcée entre les acteurs existants sur les territoires.

Pour l'UDES, il est nécessaire d'instituer un véritable service local d'orientation, d'information et de coordination des parcours afin d'organiser et de simplifier au mieux l'accès à l'information.

A cet égard, pour une harmonisation de l'accès à l'information quels que soient les départements, l'UDES considère qu'il est nécessaire de fusionner tous les dispositifs : les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les maisons départementales de l'autonomie (MDA), les MAIA ... ; il faut organiser les territoires avec une plateforme d'expertise gériatrique, une coordination avec le sanitaire, ...

L'UDES se félicite de la proposition de créer une « Maison des aînés et des aidants ». La coordination doit néanmoins être optimisée en favorisant l'innovation sociale par différentes actions : aménagement des transports en commun, des espaces publics, favoriser l'habitat intergénérationnel, etc.

Par ailleurs, il peut être envisagé un dispositif renforcé d'accompagnement à domicile dans lequel les EHPAD et les acteurs d'aide et de soins de proximité déjà présents sur le territoire constitueraient des plates-formes gériatriques de proximité permettant d'offrir aux personnes âgées vivant à domicile de services modulables et adaptés. Ce dispositif permettrait de rendre effective la coopération et la coordination entre les différents professionnels et structures dans le respect des spécificités de chacun des acteurs.

En outre, l'UDES souhaite le développement des plateformes numériques en vue de faciliter l'accessibilité aux aides techniques au profit des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans tous les actes de la vie courante : accès aux matériels par la mise en place d'un système d'avance de frais, diminution des délais de mise à disposition, réduction des coûts.

Dans une optique de proximité territoriale de dépistage de la fragilité efficiente et d'une meilleure réponse aux besoins de soins, de nombreux acteurs de l'ESS gèrent actuellement des centres de santé, infirmiers et pluriprofessionnels et nouent des partenariats avec différents acteurs du territoire (centres hospitaliers, SAAD, SSIAD, EHPAD...). Afin de favoriser le développement de telles structures, il est nécessaire de renforcer leur modèle économique notamment par une amélioration et une optimisation des aides à l'installation.

Concernant l'exercice coordonné, que l'UDES considère devant être largement développé, elle souhaite que **les Communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) soient un vecteur privilégié favorisant le parcours global d'accompagnement et de soins des personnes âgées vieillissantes.** Enfin, de manière plus générale, l'UDES considère également nécessaire d'organiser les soins autour de la prise en charge des patients, d'accentuer les prises en charge coordonnées par exemple en développant les centres de santé polyvalents, de rompre avec l'isolement des professionnels de ville et d'accentuer la dimension digitale du parcours. La crise sanitaire renforce la nécessité de ces évolutions.

12. LES OUTILS NUMERIQUES DE GESTION

L'UDES soutient l'idée d'un pilotage national d'une démarche d'interopérabilité des systèmes d'information par les pouvoirs publics, dans une optique de coordination des travaux avec l'ensemble des acteurs.

En outre, il est indispensable d'investir lourdement dans des logiciels métiers. Les éditeurs sont fragiles, les logiciels non performants, ne prévoyant pas d'interface ; il n'est pas possible aujourd'hui de travailler sur les parcours. **L'Etat doit investir via des appels à projet.**