



# Autonomie et santé

Les propositions de l'UDES

Septembre 2023

## LE SOMMAIRE

<b>Le contexte</b> .....	p.3
<b>La synthèse des propositions de l'UDES</b> .....	p.6
<b>Les propositions de l'UDES</b> .....	p.10
1. Une approche de l'autonomie fondée sur une prévention multidimensionnelle .....	p.10
2. Un financement de la politique « autonomie » d'abord basé sur la solidarité nationale.....	p.11
3. Un financement adapté pour les services à domicile .....	p. 12
4. Une gouvernance simplifiée, clarifiée et partagée entre pouvoirs publics, acteurs et usagers.....	p.12
5. Développer la démocratie en santé et l'accès à la citoyenneté .....	p.13
6. Favoriser et développer la bien traitance des usagers .....	p.13
7. Une qualité de vie au travail, levier de la qualité des soins et de l'accompagnement .....	p.13
8. L'impérieuse revalorisation financière des métiers de l'humain et la poursuite du développement des formations .....	p.14
9. Un parcours de vie qui s'adapte aux besoins et évolutions de la personne .....	p.15
10. Le maintien à domicile et les dispositifs alternatifs à l'établissement .....	p.16
11. Une médicalisation accrue de l'EHPAD .....	p.17
12. Un renforcement du soutien et de l'accompagnement des aidants .....	p.19
13. L'information des usagers et la coordination territoriale dans l'accès aux soins .....	p.19
14. Les outils numériques de gestion .....	p.20

## LE CONTEXTE

Suite à la crise sanitaire du COVID-19, le Ségur de la Santé s'est tenu à l'été 2020 pour apporter des réponses à la situation de l'hôpital public et de ses personnels. Une enveloppe de 12 milliards d'euros a notamment permis la revalorisation des personnels avec une prime de 183 euros nets par mois.

Le gouvernement Castex a également créé un 5<sup>ème</sup> risque de la sécurité sociale et a réuni en février 2022 l'ensemble de la filière sociale et médico-sociale.

Le précédent ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées, a annoncé le 15 septembre 2022 que le gouvernement allait débloquer près de 900 millions d'euros pour augmenter de 3,1% le salaire de plus de 800.000 travailleurs sociaux employés par des structures associatives. Cette hausse était destinée à répondre aux difficultés de recrutement et était équivalente à celle accordée le 1<sup>er</sup> juillet 2022 dans la fonction publique.

Une enveloppe de 11 millions d'euros a également été dédiée en 2023 aux 350 centres de soins infirmiers, exclus de l'avenant 43 portant révision de la classification des emplois et du système de rémunération des salariés de la branche de l'aide, de l'accompagnement des soins et services à domicile.

Dans le secteur de l'aide et du soin à domicile, la mise en application de l'avenant 43 de la convention collective sur les salaires, agréé en 2021 n'est pas sans poser problème. La répartition Etat et Conseils départementaux à 50/50% n'est pas opérationnelle dans de nombreux départements. Par ailleurs, il y a un souci de lisibilité et de hauteur de l'enveloppe en 2023 et sur les années suivantes. Concernant les structures Petite Enfance de la Branche de l'Aide et l'Accompagnement à Domicile, concernées elles aussi par l'avenant 43, une prise en charge financière temporaire (années 2021 et 2022), via l'axe 5 du Fonds Publics et Territoires, et seulement pour les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) financés par la Prestation de Service Unique (PSU), a été actée par la Caisse nationale des allocations familiales via l'information technique n°2022-064. Aucune solution n'a à ce jour été proposée pour les accueils de loisirs et les micro-crèches Paje (prestation). Une revalorisation significative de la PSU, pour l'année 2023, a été annoncée par Jean-Christophe Combe le 22 septembre 2022, en contrepartie de la conclusion d'accords par l'ensemble des partenaires sociaux concernés, d'ici à la fin du premier trimestre 2023, et prévoyant diverses conditions listées par le ministre. Il faudra ainsi être vigilant à ce que l'avenant 43 puisse bien être pris en compte comme faisant partie de ces accords.

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 personnes<sup>1</sup>.

La question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap tient, d'une part, d'un choix de société et de la solidarité individuelle, familiale et collective, et, d'autre part, du 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, afin 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<sup>er</sup> octobre 2018 par la ministre des Solidarités et de la Santé, a pris fin en février 2019.

---

<sup>1</sup>« L'accompagnement de la perte d'autonomie en France », Roland Berger, Septembre 2018

En octobre 2019, Myriam El Khomri, missionnée par le ministre de la santé, produit un rapport en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge. Le gouvernement Castex a travaillé les contours d'un projet de loi de réforme du grand âge qui n'a pas, à date, vu le jour.

Le Conseil National de la Refondation mis en place par le Président de la République le 8 septembre 2022 et auquel l'UDES est associée met en évidence un sujet clairement identifié sur le bien vieillir avec une feuille de route dédiée.

### **La loi de finances de la Sécurité sociale pour 2022 prévoyait :**

#### **660 M€ pour l'extension des mesures du Ségur dans le médico-social :**

La loi de finances de sécurité sociale (LFSS) 2022 intègre 480 millions d'euros de revalorisations salariales au titre de la traduction des protocoles d'accord signés en 2021 au terme de la mission confiée à Michel Laforcade, et qui prévoient l'extension du bénéfice de la mesure socle du Ségur à plus de 92 000 personnels du secteur médico-social ainsi que le développement de l'intéressement collectif dans les établissements et services médico-sociaux

#### **Afin de sécuriser le financement des services à domicile :**

- À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'instauration d'un tarif plancher national à hauteur de 22 euros par heure d'intervention pour les SAAD<sup>1</sup> prestataires dispensant des prestations d'aide et d'accompagnement dans le cadre de plans d'aide APA (allocation personnalisée d'autonomie) et PCH (prestation de compensation du handicap), qu'ils soient habilités ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ; Tarif revu au 1<sup>er</sup> janvier 2023 à 23 euros ;
- Pour 2023, la refonte de la tarification des SSIAD<sup>2</sup>, a été actée par décret du 28 avril. Les SSIAD pourront ainsi assurer pleinement leur mission, au cœur du virage domiciliaire, y compris à l'égard des personnes aux besoins les plus importants, en leur consacrant davantage de temps ou encore en mobilisant une expertise avancée ;
- La création des services autonomie a été actée par décret du 13 juillet 2023 ;
- Cette réforme prévoit la recomposition et vers une simplification du paysage des services à domicile, vers le rapprochement, la fusion d'ici 2025 des différentes catégories de services à domicile existants (SAAD, SSIAD, SPASAD<sup>3</sup>) en une seule catégorie dénommée « services autonomie ».

Les acteurs du secteur sont en attente d'une réforme de la tarification des services d'aide et d'accompagnement répondant aux nouvelles ambitions de la réforme.

### **LFSS 2023 : une ambition partagée mais des moyens à conforter**

La LFSS 2023 prévoyait une augmentation de l'ordre de 5 % des dépenses globales pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, afin notamment de faire face à l'inflation qui impacte les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ce sont 30 milliards d'euros qui seraient donc consacrés à l'autonomie en 2023, soit une hausse de 1,5 milliards d'euros. Le Gouvernement prévoit par ailleurs le recrutement de trois mille professionnels supplémentaires dans les Ehpad sur 2023, soit 0,5 poste par établissement.

La réforme du complément de libre choix du mode de garde ou CMG "emploi direct", via une réforme du mode de calcul, permettra, à partir de 2025, de rendre l'accueil individuel aussi accessible que la crèche et d'harmoniser les restes à charge entre ces deux modes d'accueil. Cependant, cela ne concerne que les assistants maternels et les gardes d'enfant à domicile employés par des particuliers employeurs. Les activités de garde d'enfant à domicile en mode prestataire, ainsi que les micro-crèche Paje, dépendant du CMG structure « plafond commun » ne semblent pas concernées. Cela va induire une différence de reste à charge significative pour les familles, entre ces différents modes d'accueil.

### **PLFSS 2024 : des attentes fortes autour d'une loi de programmation pluriannuelle**

Si l'on peut louer les efforts au titre du volet autonomie, il est indispensable d'aller plus avant pour doter la branche autonomie de l'ensemble des moyens nécessaires pour être au rendez-vous de

<sup>1</sup> Service d'aide et d'accompagnement à domicile

<sup>2</sup> Services de soins infirmiers à domicile

<sup>3</sup> Services assurant à la fois des soins infirmiers et des aides à domicile



l'accompagnement de l'avancée en âge de la société et d'une société plus inclusive pour les personnes en situation de handicap.

L'UDES et ses membres sont dans l'attente de la feuille de route du bien vieillir suite au Conseil national de la refondation et par conséquent d'une clarification des priorités et des moyens associés.

A date, le calendrier annoncé met en évidence les éléments suivants :

1. Une proposition de loi sur le bien vieillir repoussée à l'automne 2023 à l'Assemblée nationale ;
2. Un plan d'actions. Des éléments présentés à la CNSA<sup>4</sup> mettent en évidence trois grands leviers : le recrutement, le financement de l'aide à domicile et l'évolution du modèle économique des ehpad ;
3. Une loi de programmation pluriannuelle sur le grand âge que devrait traduire le PLFSS 2024.

**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.**



## LA SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS DE L'UDES

<p><b>1. UNE APPROCHE DE L'AUTONOMIE FONDÉE SUR UNE PRÉVENTION MULTIDIMENSIONNELLE</b></p>	<p>Cinq champs d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le domicile de la personne</li> <li>- L'environnement du domicile de la personne âgée</li> <li>- Les situations de fragilité</li> <li>- Le système de soins</li> <li>- Les aidants</li> </ul>
<p><b>2. UN FINANCEMENT DE LA POLITIQUE « AUTONOMIE » D'ABORD BASE SUR LA SOLIDARITÉ NATIONALE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conforter un système de solidarité nationale dans le cadre d'une loi de programmation pluriannuelle sur l'autonomie : la prise en charge du risque de politique « autonomie » relèverait de la responsabilité collective et son financement serait fondé principalement sur un principe de solidarité intergénérationnelle</li> <li>- Développer, soutenir et donner les moyens pour une 5<sup>e</sup> branche de la sécurité sociale en ayant notamment pour objectif de diminuer le reste à charge pour les usagers et de consolider l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement</li> <li>- Examiner l'opportunité de mettre en œuvre un système assurantiel généralisé complémentaire d'un système de financement public</li> </ul>
<p><b>3. UN FINANCEMENT DE LA COORDINATION AIDE ET SOINS À LA HAUTEUR DES BESOINS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessité de revaloriser les salaires</li> <li>- Mettre en place une tarification couvrant les coûts réels des services à domicile</li> <li>- Accompagner la transformation de l'offre avec des moyens accrus pour les services autonomie à domicile</li> <li>- Financer la coordination sur les volets aide et soins à la hauteur des besoins et à la hauteur du virage domiciliaire</li> <li>- Réformer le CMG structure « plafond commun », afin de permettre le même reste à charge pour les familles</li> </ul>
<p><b>4. UNE GOUVERNANCE SIMPLIFIÉE, CLARIFIÉE ET PARTAGÉE ENTRE POUVOIRS PUBLICS, ACTEURS ET USAGERS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edicter des règles communes nationales associées à une gouvernance locale pour leur mise en œuvre</li> <li>- Associer des représentants des usagers et des fédérations du secteur à la conférence territoriale de l'autonomie</li> <li>- 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</li> <li>- Mieux articuler les différents niveaux territoriaux (régions, départements)</li> <li>- Simplifier la gouvernance de l'offre pour une gestion plus efficiente et réduire les inégalités territoriales</li> </ul>

<p><b>5. DEVELOPPER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET L'ACCES A LA CITOYENNETE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser la participation des usagers à la gouvernance</li> <li>- Rendre les usagers acteurs de la transformation de l'offre en promouvant et favorisant l'autodétermination des personnes</li> <li>- Favoriser l'engagement bénévole</li> <li>- Instiller une véritable culture de la bientraitance en prévoyant l'instauration d'un droit à la formation des représentants des personnes accompagnées et de l'ensemble des membres du CVS à chaque renouvellement</li> </ul>
<p><b>6. ACCOMPAGNER LA PROMOTION DE LA BIEN TRAITANCE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un observatoire de la bien traitance</li> <li>- Faire émerger les bonnes pratiques existant notamment dans les SAAD sur ces sujets</li> <li>- Favoriser les formations liées à l'autonomisation des personnes accompagnées</li> <li>- Mieux accompagner la bien traitance des bénéficiaires en accompagnant les professionnels : repérage, outillage et formation</li> </ul>
<p><b>7. UNE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL, LEVIER DE LA QUALITE DES SOINS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer l'offre de soins et d'accompagnement à domicile et l'amélioration de la coordination avec les professionnels de santé et l'hôpital</li> <li>- Améliorer la qualité de vie au travail dans les structures d'aide et de soin à domicile</li> <li>- Reconnaître des temps d'échanges et de coordination dans les structures d'aide et de soins à domicile</li> <li>- Limiter la fragmentation des interventions</li> <li>- Renforcer le soutien aux démarches de prévention des risques professionnels et d'amélioration de l'organisation du travail</li> </ul>

<p><b>8. L'IMPERIEUSE REVALORISATION FINANCIERE DES METIERS DE L'HUMAIN ET LA POURSUITE DU DEVELOPPEMENT DES FORMATIONS</b></p>	<p>S'agissant des métiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revaloriser fortement les rémunérations des métiers de l'humain premier frein à l'attractivité des métiers du secteur en intégrant à minima les effets de l'inflation</li> <li>- Mener des actions spécifiques de sensibilisation auprès du public scolaire à la recherche d'un stage</li> <li>- Développer l'apprentissage ouvert à tous les métiers, soignants, non-soignants, de niveau bac au bac+5.</li> <li>- Simplifier le dispositif de valorisation des acquis de l'expérience (VAE)</li> <li>- Créer des passerelles entre métiers et entre secteurs pour de véritables parcours professionnels</li> <li>- Etendre les possibilités de délégations de tâches et de partage des compétences notamment aux aides-soignants (AS), accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et infirmiers diplômés d'Etat (IDE)</li> <li>- Développer de véritables campagnes nationales d'information en faveur des métiers de l'humain</li> <li>- Pour les professionnels de la Petite Enfance dépendant de la Branche de l'Aide et l'Accompagnement à domicile, prendre en compte l'avenant 43 parmi les accords de branche</li> </ul> <p>S'agissant de la formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des formations qualifiantes</li> <li>- Développer des modules spécifiques de gériatrie et de gérontologie dès la formation initiale</li> <li>- Mettre en place des formations spécifiques</li> <li>- Renforcer les formations actions de terrain de type compagnonnage, analyse de la pratique</li> <li>- Généraliser le métier d'assistant au projet de vie</li> <li>- Créer une nouvelle fonction de coordinateur de parcours</li> </ul>
<p><b>9. UN PARCOURS DE VIE ET DE FIN DE VIE QUI S'ADAPTE AUX BESOINS ET EVOLUTIONS DE LA PERSONNE</b></p>	<p>Articuler le parcours allant jusqu'à la fin de vie autour de 4 étapes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne âgée est valide et active</li> <li>- La personne âgée connaît ou anticipe les premiers signes de fragilité</li> <li>- La personne âgée est en perte d'autonomie nécessitant le recours à des professionnels formés</li> <li>- L'accompagnement de la fin de vie</li> </ul>
<p><b>10. LE MAINTIEN A DOMICILE ET LES DISPOSITIFS ALTERNATIFS A L'ETABLISSEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des dispositifs de renforcement du maintien à domicile et les accompagner de financements adéquats et pérennes</li> <li>- Renforcer les initiatives dites « de domicile renforcé » ainsi que l'habitat intergénérationnel et inclusive</li> <li>- Soutenir et développer les solutions de répit à domicile telles que le relayage</li> </ul>



<p><b>11. UNE MEDICALISATION ACCRUE DE L'EHPAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir le recrutement de médecin coordonnateur en ehpad</li> <li>- Rendre obligatoire dans les ehpad le salariat d'un médecin gériatre doté du pouvoir de prescrire</li> <li>- Généraliser la mutualisation des infirmiers de nuit</li> <li>- Renforcer les temps de présence des professionnels suivants : psychologue, ergothérapeute, psychomotricien</li> <li>- Développer la santé numérique</li> <li>- Renforcer le rôle des pharmaciens auprès des ehpad</li> <li>- Mieux financer les actions de prévention en ehpad</li> <li>- Poursuivre le financement de dispositifs de réponses aux besoins d'accompagnement des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives qui ont fait leurs preuves</li> <li>- Limiter le reste à charge via un plafonnement tarifaire, une modulation des tarifs en fonction des revenus, une assurance dépendance généralisée</li> <li>- Réformer la tarification des ehpad dont la fusion soin et dépendance</li> </ul>
<p><b>12. UN RENFORCEMENT DU SOUTIEN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS</b></p>	<p>Accompagner spécifiquement les aidants par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une inclusion systématique dans le socle des garanties complémentaires des salariés et des fonctionnaires d'un accompagnement des proches aidants</li> <li>- 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</li> <li>- Un meilleur aménagement de la vie professionnelle en concertation avec l'employeur</li> <li>- Le développement et le soutien des solutions de répit longue durée et temporaires telles que le relayage</li> </ul> <p>Initier une négociation multiprofessionnelle dans une perspective d'effet levier sur les branches.</p>
<p><b>13. L'INFORMATION DES USAGERS ET LA COORDINATION TERRITORIALE DANS L'ACCES AUX SOINS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la fusion des dispositifs pour harmoniser l'accès à l'information</li> <li>- Développer et évaluer la mise en place des centres de ressources territoriaux</li> <li>- Faire des Communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) un vecteur privilégié favorisant le parcours global d'accompagnement et de soins des personnes handicapées vieillissantes tout en incluant le secteur médicosocial</li> </ul>
<p><b>14. LES OUTILS NUMERIQUES DE GESTION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner la mise en œuvre des outils numériques : financement et ingénierie</li> </ul>

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 davantage converger les politiques du handicap et de l'avancée en âge. La feuille de route de l'actuel gouvernement 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. La question du « bien vieillir » doit, par ailleurs, intégrer les besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes et des personnes en situation de précarité.

### 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 année<sup>2</sup>. 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<sup>3</sup>** : 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.

<sup>2</sup> « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 », HCFEA, Novembre 2018

<sup>3</sup> 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)

- **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.
- **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 POLITIQUE « 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 difficiles 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 dépendantes.

Le financement de la perte d'autonomie est très insuffisant (alors que les besoins de financement supplémentaires avaient été chiffrés à plus de 6 milliards d'euros dès 2024 puis 9 milliards d'euros 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).

Concernant le financement, l'UDES propose de conforter un système de solidarité nationale : **la prise en charge du risque autonomie relèverait de la responsabilité collective et son financement doit être fondé principalement sur un principe de solidarité intergénérationnelle ; ceci dans le cadre d'une loi de programmation pluri annuelle**

L'UDES soutient la création d'une nouvelle « **prestation autonomie** » (comprenant **aide technique, humaine et aide aux aidants**) au domicile et la reconnaissance du **risque 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'appui et à la consolidation de la 5<sup>ème</sup> Branche de la sécurité sociale via une programmation pluriannuelle en ayant notamment pour objectif de diminuer le reste à charge pour les usagers et de consolider l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement.**

En complément d'un système de financement public, un système assurantiel sous la forme d'une couverture dépendance généralisée 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 laquelle 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 DE LA COORDINATION AIDE ET SOINS A LA HAUTEUR DES BESOINS

La solution de financement devra permettre aux structures de fonctionner sereinement mais aussi de produire les efforts salariaux nécessaires pour leurs personnels, dans la perspective de constituer les nouveaux services autonomie à domicile intégrés (aide et soin).

Plus largement, il s'agit d'accompagner la refonte en profondeur du modèle de financement de l'accompagnement à domicile des nouveaux service autonomie en décloisonnant le financement de l'aide et du soin

Les allocations de solidarité (PCH<sup>5</sup>, APA<sup>6</sup>) 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 SAD 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 au financement de la réalité des coûts de revient des services d'aide et d'accompagnement 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, notamment en augmentant le montant du tarif socle pour les SAAD, fixé à 23 euros par heure, ce qui n'est pas à la hauteur du coût de revient des services. Il est nécessaire de lancer les travaux pour une réforme de la tarification permettant d'intégrer les couts cachés tels que les temps de coordination, charges de fonctionnement, ... qui, à date, ne sont pas intégrés dans le tarif actuel et qui met en péril bon nombre de structures.**

**L'UDES restera vigilante face au risque de plus en plus fort de dé-tarification (déshabilitation à l'aide sociale) des services de la part de certains conseils départementaux.**

Il convient par ailleurs de soutenir et généraliser des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) globaux dans une logique de filière gériatrique globale (impliquant des capacités à fongibiliser les financements) incluant donc les PA/PH<sup>7</sup>/domicile/sanitaire (à l'instar de ce qui a été fait par exemple en Bourgogne).

Enfin, il convient de réformer, de la même manière que la réforme du CMG "emploi direct" prévue par le 2023, le CMG structure « plafond commun », afin de permettre le même reste à charge pour les familles, qu'elles aient recours à une assistante maternelle, une garde d'enfant à domicile (GED) en emploi direct, une GED en mode prestataire ou une structure d'accueil collectif.

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

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

- **Ediction 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

<sup>5</sup> Prestation de compensation du handicap

<sup>6</sup> Allocation personnalisée d'autonomie

<sup>7</sup> Personnes âgées et personnes en situation de handicap

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.
  - **Simplification de la gouvernance de l'offre pour une gestion plus efficace et la réduction des inégalités territoriales.**

**L'UDES propose en outre d'associer des représentants des usagers et des fédérations du secteur dans le cadre de la mise en place des services publics territoriaux de l'autonomie (SPTA) prévue dans le cadre de la proposition de loi bien vieillir.**

## **5. DEVELOPPER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET L'ACCES A LA CITOYENNETE**

L'UDES propose de :

- Mieux faire participer les usagers à la gouvernance des structures du soin et de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie
- Rendre les usagers acteurs de la transformation de l'offre en promouvant l'autodétermination des personnes
- Favoriser l'engagement des bénévoles et la reconnaissance de leurs compétences acquises dans leur fonction d'accompagnement
- Généraliser le conseil de la vie sociale et les autres modes de recueil à tous les établissements et services sociaux et médico sociaux

## **6. FAVORISER ET DEVELOPPER LA BIEN TRAITANCE DES USAGERS**

L'UDES propose de :

- Créer un observatoire de la bien traitance, traiter l'information qui remonte
- Faire émerger les bonnes pratiques existant notamment dans les SAD sur ces sujets
- Mieux accompagner la bien traitance des bénéficiaires en accompagnant les professionnels : repérage, outillage et formation

## **7. 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 pour les SAD mixtes 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 renforcement du soutien aux démarches de prévention des risques professionnels et 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 cours 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 (autodiagnostic, 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.

## **8. L'IMPERIEUSE REVALORISATION FINANCIERE DES METIERS DE L'HUMAIN 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 de l'humain, premier frein à l'attractivité des métiers du secteur en intégrant à minima les effets de l'inflation.
- **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
- **Simplifier le dispositif de VAE afin de pouvoir l'ouvrir à de nouveaux diplômés y compris partiellement au diplôme d'infirmier**
- **Créer des passerelles entre métiers et entre secteurs pour de véritables parcours professionnels**
- **Etendre les possibilités de délégation de tâches/partage des compétences notamment des AS- Développer de véritables campagnes nationales** d'information en faveur des métiers de l'humain (soins, accompagnement, animation, restauration, hôtellerie...)
- Pour les professionnels de la Petite Enfance dépendant de la Branche de l'Aide et l'Accompagnement à domicile, **prendre en compte l'avenant 43 parmi les accords de branche**

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 et à l'accompagnement des professionnels à la transformation de l'offre (autodétermination, place des usagers, approche domiciliaire)
- **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 neurodégénératives
- **La mise en place de formations spécifiques** pour certains domaines tels que l'accompagnement de la fin de vie et les approches non médicamenteuses
- **Sortir des sessions théoriques et renforcer les actions de terrain** : compagnonnage, analyse de la pratique
- **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.

## 9. UN PARCOURS DE VE ET DE FIN 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.

- **Quatrième étape : la personne âgée est en fin de vie** Cette étape doit être accompagnée par des professionnels dont c'est le métier dans le cadre d'une approche singulière intégrant les soins palliatifs et l'accompagnement des dernières volontés de la personne ou de la famille.

Au regard des 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.

## 10. 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. Il s'agit de développer davantage de passerelles entre le domicile et les logiques de prestations et d'intervention offertes en établissement ou service, pour accompagner au mieux les parcours de vie.

Le maintien à domicile est soutenu par l'accompagnement global de la personne proposé aujourd'hui par les SAAD, les SSIAD), les SPASAD qui deviennent progressivement des services autonomie à domicile, 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 développées.**

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.

**Néanmoins, l'UDES refuse d'adopter une conception qui oppose frontalement le maintien à domicile et l'établissement.** C'est le décloisonnement et l'hybridation des dispositifs qui permettront de proposer une palette de solutions adaptée aux besoins de chacun.

**Dans le cadre du virage domiciliaire**, de nombreuses interprétations différentes du terme sont émises dans les interventions des pouvoirs publics ou des acteurs du secteur. Cependant, la dimension du maintien à domicile apparaît comme récurrente dans la conceptualisation des offres et de la structuration des politiques publiques. Dans ce sens, le virage domiciliaire consiste à créer les conditions d'un "chez soi" tout au long du parcours de vie. Par conséquent, peu importe le lieu de vie, individuel ou collectif, ce sont les conditions d'adaptation, de personnalisation et d'organisation des interventions qui doivent permettre le sentiment du "chez soi". Il nous paraît donc nécessaire de clarifier et de préciser dans la Loi, la définition du mot « domiciliaire » et ses finalités.

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. En lien avec le déploiement de Ma Prim'Adapt.

Les maisons départementales pour les personnes handicapées (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. Dans ce cadre, il serait nécessaire de les doter de moyens supplémentaires.

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, qui pourrait s'accompagner d'un soutien à l'ingénierie : l'habitat inclusif, l'habitat communautaire, l'habitat groupé, l'habitat modulaire, l'habitat connecté ou encore les résidences autonomie.

Pour ces dernières, il est indispensable d'assouplir certaines contraintes actuelles, telles que :

- Faire évoluer l'offre de service des résidences d'autonomie (RA) (supprimer la limitation des groupes iso-ressources ou GIR 1 et 2 et réfléchir aux contraintes des normes sécurité incendie)
- Faire évoluer les montants et le périmètre du « forfait autonomie »
- Favoriser la place des RA dans la filière gériatrique et gérontologique territoriale
- Développer la communication sur les résidences-autonomie pour qu'elles soient mieux connues des professionnels et du grand public

**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 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.

Enfin il est important de développer et généraliser les solutions de répit à domicile telles que le relayage

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 soutien au recrutement de médecins coordonnateurs en ehpad**. Les missions du médecin coordonnateur 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 coordonnateur. 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 coordonnateur 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.
- **L'embauche dans chaque ehpad d'un médecin gériatre doté du pouvoir de prescrire**
- **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 renforcement des temps de présence des professionnels suivants** : psychologue, ergothérapeute, psychomotricien
- **Le développement de la santé numérique**, qui doit permettre de développer notamment la télémédecine en EHPAD pour limiter les déplacements et l'hospitalisation des résidents.
- **Le renforcement du rôle des pharmaciens auprès des ehpad** : obligation de disposer d'un pharmacien référent garant de la surveillance du traitement
- **Un meilleur financement des actions de prévention en ehpad**
- **La poursuite du financement de dispositifs de réponses aux besoins d'accompagnement des personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives** comme les pôles d'accompagnement et de soins adaptés (Pasa) et des unités d'hébergement renforcé (UHR) en ehpad en faisant notamment évoluer leur cahier des charges (renvoi au rapport IGAS de juillet 2022)
- **Le déploiement et le réajustement du tarif global de soin**
- **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 mois<sup>4</sup>. 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.

Une réforme de la tarification des ehpad devrait être engagée intégrant la fusion soin et dépendance et l'instauration d'une gouvernance unique revenant à l'Agence régionale de santé (ARS).

## **12. 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 permettant la généralisation du relayage.** Par ailleurs, il est nécessaire de faire évoluer le cadre normatif, peu adapté en l'état actuel, pour permettre de continuer à proposer des prestations de relayage longue-durée, mais aussi prévoir leur financement (le reste à charge évoqué plus haut est un facteur majeur de non-recours), 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 minima (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<sup>8</sup> 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 travail<sup>5</sup> (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.

**L'UDES pourrait initier une négociation multi professionnelle 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.

<sup>8</sup> Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge  
**Concertation santé et autonomie – Les propositions de l'UDES**

### 13. 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. C'est ce qui a été décidé avec l'unification en un dispositif unique, le dispositif d'appui à la coordination (Dac) de tous les dispositifs d'appui au parcours de santé :** les centres locaux d'information et de coordination (Clic) et les maisons départementales de l'autonomie (MDA), les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) ...

---

<sup>4</sup> « Health at a Glance 2017 », OCDE, Novembre 2017



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 pluri professionnels 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 handicapées 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.

**Il reste nécessaire de soutenir l'accompagnement au déploiement et à l'essaimage des innovations sociales, organisationnelles et d'offre de services dans les territoires.**

#### 14. LES OUTILS NUMERIQUES DE GESTION

Le Ségur numérique et le programme ESMS numérique (établissements et services médico-sociaux) ont été des leviers importants pour le secteur. Mais ils ne suffisent pas à porter l'ensemble d'une stratégie en matière de systèmes d'information et numérique. Il est indispensable que les efforts soient poursuivis notamment pour accompagner le secteur en matière d'investissement dont des outils numériques et sur la question de l'interfaçage entre les différents acteurs.

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.**

---

<sup>5</sup> Cf. note de bas de page n°4K







UNION DES EMPLOYEURS DE L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

30 Boulevard de Reuilly, Paris 12<sup>e</sup>  
udes@udes.fr | 01 43 41 71 72 | www.udes.fr  
Twitter : @UDESnationale  
LinkedIn : @UDES