



Faire de l'autonomie de chacun le cœur d'une société solidaire et inclusive

Plaidoyer pour une politique de l'autonomie

Avril 2023



AVANT-PROPOS

Depuis au moins vingt ans, la question de l'autonomie des personnes, de son appréciation dans les parcours de vie et des modalités d'accompagnement à mettre en place, ressurgit épisodiquement dans le débat public. Au début des années 2000, Paulette Guinchart-Kunstler, secrétaire d'état, appelait déjà à un « *devoir d'humanité auquel nous confronte la vieillesse* »¹.

Depuis, le sujet réapparaît comme un boomerang à chaque crise majeure : crise caniculaire d'août 2003, crise sanitaire de 2020, crise médiatique de 2022 après la publication du livre *Les Fossoyeurs*, mais aussi médiatisation de la condition de personnes en situation de handicap sans solution d'accompagnement, en particulier des enfants en manque de scolarisation ou de services adéquats proches du domicile de leurs parents.

Dans la plupart des cas, les autorités publiques réagissent dans l'urgence, alors qu'une politique structurelle s'impose au regard des enjeux d'évolution de notre société qu'entraîne les projections démographiques et les besoins en conséquence.

Si certaines avancées ont vu le jour, nous sommes encore loin de la matérialité de ce devoir d'humanité dans tous les territoires, de la traduction concrète de cet objectif dans ce que ressentent aujourd'hui, très pratiquement, nombre de personnes en perte d'autonomie et leurs aidants à la recherche de solutions.

Le vieillissement de la population française, l'arrivée nombreuse en particulier d'une classe d'âge, les « baby boomers », qui a connu plusieurs révolutions sociales à différents âges de leur vie et qui exprime peut-être ainsi d'autres demandes que les générations précédentes, invite à prendre en compte de manière urgente les défis à la fois quantitatifs et qualitatifs du dernier âge de la vie.

De même, l'objectif proclamé d'une société inclusive appelle régulièrement à considérer les différences de vie, notamment en situation de handicap, comme autant de parcours singuliers capables d'entraîner positivement la société tout entière. La France en a même fait le pilier de sa candidature pour accueillir les Jeux olympiques et paralympiques en 2024. Il reste moins de cinq cents jours avant l'échéance pour démontrer au monde entier que ce ne sont pas que des mots.

¹ Assemblée nationale – 18 avril 2001

Aussi, face à la fois à des inquiétudes de très court terme et du manque de visibilité à long terme, **l'absence d'une loi ambitieuse qui affirmerait des principes, les déclinerait de manière organisationnelle et poserait un engagement pluriannuel s'apparente à une forme de refus d'obstacle de notre pays.** Ce manque traduit finalement un défaut de considération de ce que sont réellement nos vulnérabilités ainsi que de reconnaissance des personnes fragiles, au-delà de leurs vulnérabilités, comme citoyens à part entière.

Ce refus est d'autant plus préjudiciable que le retard pris augmente la difficulté des solutions à mettre en place et que d'autres implications telles que le changement climatique interviennent et percutent notre pays mal préparé à prévenir les multiples vulnérabilités.

L'autonomie comme pensée globale tout au long de la vie

Fidèle à sa singularité de transversalité au sein des secteurs social, médico-social, et sanitaire, **l'Uniopss appelle une nouvelle fois, dans ce plaidoyer, à considérer la question de l'autonomie dans sa globalité.**

Les progrès scientifiques ou de l'accompagnement qui permettent à des personnes en situation de handicap d'avancer en âge, tout comme les solutions provenant du champ du handicap qui sont utilisées aujourd'hui pour accompagner la perte d'autonomie liée au vieillissement devraient convaincre les plus sceptiques de la nécessité dont l'Uniopss est porteuse depuis toujours de **penser l'autonomie avec ses spécificités, mais d'un seul tenant.**

Nous nous détachons ainsi d'une approche populationnelle, car les questions liées au grand âge et au handicap appellent donc à des réponses publiques partagées, car les silos administratifs et territoriaux ne permettent pas de prendre en compte l'entièreté de la personne qui ne se découpe pas suivant son âge ou ses fragilités, car il en va du respect du libre arbitre des parcours de vie et donc, finalement, de l'humanité qui nous est due.

Ainsi, paraphrasant l'Organisation mondiale de la santé, l'autonomie est ici abordée comme un état complet de maîtrise de son parcours de vie, de bien-être physique, mental et social, quelles que soient les situations liées au handicap ou à l'âge.

C'est un enjeu désirable, car, dans notre société protégée de bien des maux vécus ailleurs sur la planète, nous avons la chance de vivre en moyenne plus longtemps et d'être mieux accompagnés que par le passé. Et **nous revendiquons ainsi l'envie de vies vécues plus pleinement et entièrement, quelle que soit sa situation.**

C'est un défi sociétal, car prendre le parti des personnes, chacune dans son libre arbitre et sa singularité, est aussi le meilleur vecteur pour **passer de droits théoriques à des droits effectifs** mis en œuvre. Il ne s'agit pas – ou pas seulement – de construire du droit, mais des droits, des accompagnements et des services, au plus près des territoires et des usagers, pleinement acteurs de leur vie.

C'est ainsi que les politiques publiques pourront avancer, en passant d'une obligation de résultats théoriques, peu ou pas évaluée, à des obligations de moyens que les citoyens peuvent directement questionner.

De plus, nous réaffirmons que la prise en compte de la perte d'autonomie ne concerne pas seulement les personnes fragilisées, mais l'ensemble de la société : les proches, les aidants, les professionnels des métiers de l'humain, les collègues de travail, les voisins et quantité d'acteurs économiques.

Adapter la société à la perte d'autonomie est ainsi essentiel pour tous, car les personnes concernées par des vulnérabilités, pérennes comme plus limitées, continuent d'apporter en tant que citoyens à l'ensemble de la société.

Dans ce cadre, les politiques de solidarité ne sont plus alors vues comme un coût, mais comme un investissement pleinement productif, garant de notre pacte républicain. C'est ce changement de perspective que nous appelons de nos vœux.

Faire de l'autonomie de chacun le cœur d'une société solidaire et inclusive est donc à la fois la perspective de réponses adéquates aux fragilités de nos vies et le moyen de rassembler dans un enjeu collectif ce qui n'est vu souvent que comme l'addition de situations individuelles.

Une véritable politique de l'autonomie est indispensable pour mettre en lumière et en action tous les points de convergence entre les politiques publiques existantes actuellement étanches : l'approche domiciliaire tout en réaffirmant la nécessité d'établissements médicalisés, des établissements qui doivent se penser comme des lieux de la vie et des moyens de parcours de vie, l'inclusion des personnes dans la société quelles que soient leurs fragilités, la lutte contre la pénurie des métiers de l'humain par des passerelles entre les parcours professionnels, les ressources des personnes âgées et des personnes handicapées, l'accès à la citoyenneté et la lutte contre l'isolement, la reconnaissance du statut des aidants, l'accessibilité universelle ou encore la fluidité des parcours en mettant fin à toutes les barrières d'âge.

La question de l'autonomie est avant tout un projet politique

Ce projet, comme tout projet politique, ne saurait se limiter à des mesures techniques, sans vision stratégique et politique. Au contraire, c'est à travers cette vision que se déclinent nos propositions techniques, ainsi que des mesures d'amélioration législatives et réglementaires.

Ainsi, nous questionnons l'ambition déclarée lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021 qui a créé la cinquième branche qui reposait sur quatre objectifs : assurer une meilleure équité territoriale, améliorer l'offre d'accompagnement, renforcer les politiques transversales et assurer un contrôle démocratique par l'examen PLFSS chaque année.

Pour l'Uniopss, afin qu'ils portent en eux les lignes directrices d'une politique d'autonomie, il nous apparaît essentiel de donner ici notre propre acception de ces quatre items : **universalité, qualité, primauté de la personne, pleine citoyenneté.**

Universalité

L'universalité de la politique d'autonomie doit être détachée de toute contingence territoriale, économique, d'insertion sociale ou culturelle, afin de rendre pleinement effectifs les droits pour toutes et tous.

Elle doit s'appuyer sur l'égalité territoriale dans la réponse aux besoins en termes d'établissements et de services correspondant aux besoins, par nature différents, suivant les situations et les parcours.

Elle nécessite que le reste à charge pour les familles soit rendu compatible avec les revenus des personnes par la solidarité nationale.

Elle suppose un égal accès à l'information et ensuite à l'accompagnement par des dispositifs d'« aller vers », quels que soient les territoires et les situations.

Dans ce contexte, la légitimité d'un secteur commercial dans le champ de l'autonomie n'est concevable que s'il participe de la même manière que les acteurs publics et non lucratifs à l'accueil et l'accompagnement de tous, quels que soient leurs revenus. Ne pas agir en ce sens conduirait de fait à une segmentation des réponses préjudiciable au bien commun et encourageant des enrichissements indus.

La qualité

La qualité de l'accueil, de l'accompagnement doit être la priorité de l'action vis-à-vis des personnes en perte d'autonomie ou en manque d'autonomie. La qualité des actes, mais aussi la qualité de l'écoute, de l'échange et du relationnel nécessitent de sortir de la logique financière où chaque acte est normé, valorisé financièrement. Il s'agit bien de mettre l'humain au cœur de ces relations.

Ainsi, pour les professionnels, qu'ils exercent en établissement, dans des services ou à domicile, le temps de la relation, de l'humain doit être retrouvé, valorisé, rétribué, pour ainsi redonner pleinement du sens à ces professions.

De même, la qualité ne peut se permettre le risque d'une approche domiciliaire qui ne serait que comptable, dans l'espoir de moindres dépenses publiques. Passer de l'accueil dans un établissement tout au long de l'année à une offre qui serait minimale de services au domicile aboutirait à un nivellement par le bas des prestations pour toutes celles et ceux qui n'auraient pas les moyens de financer individuellement un accompagnement supérieur. Si le choix de demeurer le plus longtemps possible chez soi doit être entendu et permis, il doit se faire sans barrière financière pour bénéficier des services nécessaires.

Primauté de la personne

Il s'agit d'inverser les logiques actuelles où les personnes doivent s'adapter à des politiques publiques disparates suivant les territoires ainsi qu'à des compétences administratives confuses entre l'État et des départements. C'est la primauté de la personne, ses choix et ses besoins évolutifs qui doivent guider l'organisation des réponses à ces besoins.

La politique de l'autonomie sera ou non une réussite si elle est sortie des silos dans lesquels chacun est enfermé, cela par des politiques transversales aux champs du handicap et du grand âge. Cela nécessite aussi des simplifications administratives, de la cohérence, de la lisibilité et de la coordination.

Pour ce faire, il faut développer une logique de parcours dans la vie de la personne, quelle(s) que soi(en)t la ou leurs vulnérabilités.

Citoyenneté

Une politique d'autonomie à la mesure de l'ambition annoncée dépend de la considération apportée aux personnes qui en bénéficient et du regard de la société sur ces personnes elles-mêmes, au-delà de leurs vulnérabilités. Comment une volonté de cohésion du corps social peut-elle exister si les plus fragiles sont oubliés, mis de côté ou voient leurs droits, en tant que personnes égales à toutes les autres, de fait réduits ?

Il s'agit aussi de rendre les personnes pleinement actrices de leur propre parcours, tout au long de leur vie. C'est le sens de l'opposabilité du droit que nous revendiquons.

De plus, ce choix démocratique que nous défendons pour l'autonomie réside aussi dans la reconnaissance des métiers de l'humain comme ciment essentiel de la citoyenneté des personnes accompagnées. Ces métiers et les professionnels qui les exercent sont aussi le moyen déterminant pour les proches aidants de poursuivre eux aussi leur propre parcours de vie personnel et professionnel, et donc citoyen.

Ainsi, la valorisation des professionnels, souvent des femmes, tant financière qu'en termes de qualité de vie au travail, de formation initiale et continue, de parcours professionnel et de reconnaissance de la pénibilité de leur métier est un impératif sans lequel il n'y aura tout simplement pas de réelle politique d'autonomie pour tous.

Le choix citoyen de l'autonomie, c'est aussi la nécessité d'une régulation forte d'un secteur dans lequel des abus sont apparus au grand jour : régulation des acteurs de l'autonomie, notamment en termes de recherche de rentabilité la plus forte possible, régulation par le refus de toute segmentation sociale des réponses apportées.

Ce document est le fruit de mois d'échanges dans le réseau de l'Uniopss, avec nos unions régionales ancrées dans tous les territoires, avec nos adhérents nationaux agissant tout au long de l'année, en établissement ou au domicile, auprès de personnes fragiles et vulnérables. Il a donc comme ambition de porter la parole de celles et ceux qui ont l'expertise du terrain au plus près des personnes concernées.

Cette expertise d'acteurs du quotidien ne vise pas à approcher l'ensemble des débats liés à l'adaptation de la société au vieillissement par exemple, mais à concevoir de manière précise et technique la matérialité de la cinquième branche de notre protection sociale qui est encore dans une phase de construction.

L'autonomie vue ici dans sa globalité, tout au long de la vie et quelles que soient les situations, mettant la personne au cœur des expertises et savoir-faire rassemblés pour un accompagnement de toutes et tous est le choix qui est devant nous.

Il s'agit donc bien de faire de l'autonomie de chacun le cœur du projet d'une société solidaire et inclusive.

Etienne PETITMENGIN
*Président Commission Autonomie
de l'Uniopss*

DANIEL GOLDBERG
*Président
de l'Uniopss*

Jérôme VOITURIER
*Directeur général
de l'Uniopss*

Faire de l'autonomie de chacun le cœur d'une société solidaire et inclusive

Le plaidoyer du réseau Uniopss pour une politique de l'autonomie solidaire et inclusive reprend et enrichit le projet politique présenté lors des élections présidentielle et législatives de 2022.

1. *Une société ouverte à toutes et tous, aux potentialités de chacun, où les vulnérabilités ne sont vues ni comme un poids pour la société, ni une source de profit pour quelques-uns.*

- Concevoir l'autonomie d'un seul tenant, par un rapprochement des politiques publiques du Grand âge et du handicap à tous les niveaux, national, départemental et local : fusion des modalités de réponse aux personnes et aux aidants, combinaison des allocations pour en faire un soutien continu aux parcours de vie (Fiche n°3), rapprochement des établissements médico-sociaux, sociaux et sanitaires (Fiche n°26), ainsi que des parcours professionnels (Fiche n°21).
- Changer l'appréhension des vulnérabilités en prenant en compte l'entièreté de la personne et de ses difficultés physiques, psychiques, morales et sociale, ainsi que de ses conditions de vie dans son environnement. Pour cela, mettre en place un plan interministériel et pluriannuel de prévention et d'accompagnement de l'autonomie (Fiche n°22 et Fiche n°24). Ce plan devra prévoir des objectifs concrets à atteindre pour l'inclusion de tous et l'accessibilité universelle. Il devra être co-élaboré avec l'ensemble des citoyens et des acteurs des solidarités et avoir comme objectif premier le respect des droits fondamentaux des personnes. Il prendra appui sur une importante campagne de sensibilisation et de pédagogie en faveur de la reconnaissance de diversité des personnes et des conditions de vie comme moteur du lien social.
- Changer le regard sur le handicap et le grand âge pour mettre en valeur les capacités de toutes et tous, au service de l'ensemble de la société et de ses évolutions. Penser l'aménagement urbain, les stratégies immobilières et l'architecture comme des moyens d'assurer l'existence et l'épanouissement de la vie sociale, en établissement comme au domicile (Fiche n°43). Repenser l'accès au numérique et faciliter ses usages pour les personnes en perte d'autonomie (Fiche n°1).
- Engager une régulation forte des structures intervenant dans le secteur de l'autonomie, en particulier du Grand âge, pour faire contribuer en particulier le secteur lucratif des EHPAD et des services à domicile à l'accompagnement de toutes et tous, quelles que soient les ressources, et plafonner les montants de redistribution des bénéfices aux actionnaires de groupes privés (Fiche n°34).

2. Une société où chacun puisse d'autodéterminer et s'épanouir avec un accompagnement à la mesure de ses attentes et de ses besoins.

- Augmenter le ratio minimal d'encadrement dans les structures à au moins 8 ETP pour 10 résidents en EHPAD (Fiche n°7).
- Pour les ESSMS : assurer un juste équilibre entre aspect médical nécessaire et une dimension vie sociale essentielle (Fiche n°6), garantir la sécurité des résidents, notamment contre toute forme de maltraitance (notamment Fiche n°1 et Fiche n°7), et respecter les libertés individuelles et collectives (Fiches n°6 et n°7).
- Penser de manière évolutive le parcours de la personne, maître de ses choix de vie, en développant les possibilités accrues de maintien à domicile autant que possible, mais seulement si souhaitable, dans un lien fort avec les établissements, les services et les professionnels du secteur (Fiche n°26). Développer les offres d'habitat et d'accompagnement alternatif, par exemple les logements intergénérationnels (Fiche n°45).
- Favoriser les collaborations, rapprochements de pratiques, synergies de compétences et d'organisations des acteurs œuvrant auprès des personnes en perte d'autonomie (Fiche n°26), notamment par le biais de groupes de travail locaux sur l'éthique (Fiche n°1) ou de formations croisées (Fiche n°18).
- Mettre en place des actions d'information pour les personnes accompagnées et leurs aidants à l'entrée dans un ESSMS sur la démocratie médico-sociale (Fiche n°5).
- Simplifier la désignation des personnes de confiance (Fiche n°1 et Fiche n°17).
- Pérenniser et de rendre visibles, de façon pluriannuelle, les moyens financiers alloués aux actions de prévention et à la promotion de la santé, notamment pour les acteurs du domicile (Fiche n°10).
- Pour les personnes âgées et confrontées à des problèmes d'addiction, créer une plateforme d'aide et de conseils ces personnes, leur entourage et les professionnels les prenant en charge au quotidien (Fiche n°11).
- Développer une approche communautaire des soins en santé mentale, en interconnectant les acteurs locaux et en proposant des approches centrées sur les besoins de la personne, orientées vers le rétablissement, fondées sur les droits humains et proposées avec le soutien de pairs-aidants (Fiche n°12).
- Créer un forfait consentement (ou recueil de l'accord) pour les structures, à partir de la visite de l'établissement jusqu'au choix du résident (Fiche n°1).
- Former et sensibiliser les aidants, dès l'accueil d'une personne en établissement ou en structure, afin de lui faire connaître les droits et libertés des aidés (Fiches n°1).

- Rendre obligatoire la formation initiale et continue à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance de tous les professionnels intervenant dans l'accompagnement et le soin (Fiche n°7).
- Rendre obligatoire la formation pour les différents membres du Conseil de la vie sociale (Fiche n°5).
- Promouvoir et développer la formation des professionnels à la vie affective et sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (Fiche n°13).
- Engager une réflexion et requestionner l'avis du CCNE sur la question des assistants sexuels (fiche n°13).

3. Une société où les politiques sociales sont pleinement coordonnées et dont les dépenses publiques correspondent à un investissement à la hauteur des enjeux

- Aller vers une Prestation universelle autonomie (PUA) (Fiche n°4). En dessiner les contours – pilotage national et local, public visé, conditions d'accès, montant – par une co-construction avec les acteurs de terrain et dans le cadre d'une conférence nationale de l'autonomie, portée par la CNSA (Fiche n°24).
- En attendant, cette avancée, et dès maintenant :
 - Revaloriser les plafonds de la PCH et de l'APA (Fiche n°3).
 - Harmoniser, entre les départements, les tarifs horaires des interventions des services à domicile (Fiche n°36).
 - Garantir une équité territoriale en créant une obligation pour les Conseils départementaux de tarifier l'intégralité des services à domicile présents sur leur territoire (Fiche n°36).
- Diminuer le reste à charge des usagers en explorant plusieurs possibilités :
 - Créer un volet « établissement » de la prestation autonomie, dégressif en fonction des ressources, et se substituant à l'allocation logement et à la réduction d'impôt (Fiche n°30).
 - Expérimenter puis mettre en place un bouclier "dépendance" tel que proposé dans le rapport Libault et permettant de compenser le delta entre les ressources du résident et le coût de son accueil en EHPAD en cas de difficulté de financement (Fiche n°30).
 - Considérer le reste à vivre en fonction du niveau de ressources et de patrimoine de la personne (Fiches n°30).
- Permettre aux personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79 % de percevoir une AAH différentielle (Fiche n°3).

- Revoir le financement et la tarification des EHPAD (Fiche n°35) et du champ de l'aide et du soin à domicile (Fiche n°36) ainsi que le concours de l'État aux départements en matière d'APA et de PCH dans une finalité d'égalité d'accompagnement sur l'ensemble du territoire (Fiche n°36).
- Déployer des Conférences départementales de la solidarité et de l'autonomie, actrices de la gouvernance territoriale de la 5^e branche pour la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie (Fiche n°24).
- Financer et accompagner la structuration d'une palette de services dans le champ des personnes âgées à la manière des plateformes de service handicap, en appuyant et en outillant, notamment par des conseils juridiques et financiers, le rapprochement des acteurs associatifs du grand âge (Fiche n°26).
- Faciliter les coopérations, garantir l'équité de traitement et l'équité territoriale en adoptant une méthode partagée – formalisation et harmonisation des modalités opérationnelles, process et outils – et s'assurer que les actions mises en œuvre et les partenariats noués répondent aux besoins des personnes (Fiche n°26).
- Faire du CPOM un véritable outil de dialogue de gestion, et non un moyen visant essentiellement à réduire les dépenses publiques (Fiche n° 29).

4. Une société où chacun peut faire valoir ses droits sans s'engager dans un parcours du combattant

- Mettre en place un droit opposable à l'accompagnement, sur le modèle du DALO pour le logement, avec des astreintes versées par les pouvoirs publics en cas de non-respect de leurs obligations (Fiche n°27).
- Assurer une réelle égalité de traitement face au besoin d'aide à l'autonomie en supprimant toute barrière d'âge. Il s'agit concrètement de supprimer toutes les dispositions qui peuvent conduire à des ruptures ou à des différences de prise en charge entre les personnes (Fiche n°3).
- Créer des Services publics territoriaux de l'autonomie (SPTA) qui auront pour principales missions d'assurer (Fiche n°23).
 - Un guichet unique pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap, les aidants, ainsi que les professionnels de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux ; avec des délais de traitement des demandes n'excédant pas les 3 mois ;
 - Un bouquet de services large, lisible et évolutif (accueil, information et sensibilisation ; orientation et mise en relation, actions de repérage et de prévention...) ;
 - Avec des moyens financiers et humains suffisants pour assurer un fonctionnement de qualité pour ce service public.

- Considérer les travailleurs d'ESAT à la fois comme des usagers du secteur médico-social et comme des salariés (Fiche n°14) en reconnaissant l'ensemble des droits garantis par les conventions de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), le Code du travail, ainsi que les conventions collectives. Garantir, notamment, une rémunération atteignant au minimum le SMIC, générant des cotisations pour la retraite, et l'application des conventions collectives nationales et de branches (ancienneté, grille des salaires, etc.).
- Assurer un réel droit au répit pour les aidants (Fiche n°16) en :
 - Permettant l'accès aux solutions de répit en limitant le reste à charge pour les familles ;
 - Supprimant le critère d'incapacité de 80 % pour l'obtention du congé de proche aidant ;
 - Permettant un financement pérenne des actions de soutien aux aidants dans le cadre de la réforme des services autonomie à domicile ;
 - Alignant la durée de l'indemnisation du congé du proche aidant sur la durée.
- Assurer un accès à l'enseignement à tous les enfants en situation de handicap (Fiche n°15), notamment en :
 - Organisant *a minima* 12 heures d'enseignement obligatoire pour tous les enfants à besoins particuliers ;
 - Inscrivant dans la loi l'obligation de mise à disposition des locaux pour les ESMS au sein des écoles, collèges et lycées en cas de création ou de réhabilitation ;
 - Inscrivant systématiquement les enfants dans leur école de référence (inscription dans la base élèves) ;
 - Valorisant le métier d'AESH qualifié à la hauteur des besoins des élèves et développer un parcours de formation initiale pour ces professionnels ;
 - Organisant les partenariats institutionnels entre ARS et Éducation nationale par voie de convention dans toutes les régions pour piloter la coopération entre acteurs de terrain.

5. Une société dont le ciment repose sur les métiers de l'Humain.

- Engager, dans chaque région, des Assises régionales des métiers de l'humain rassemblant les différents services de l'État, la région, les départements et les acteurs de terrain pour dresser des états des lieux partagés. Réalisés à l'échelle du bassin de vie, ils mettront en lumière les besoins actuels et à l'horizon 2030 en termes d'établissements et de services, et donc de besoins de professionnels (Fiche n°18).
- Mettre en œuvre un plan opérationnel pluriannuel, global et territorialisé basé sur les besoins quantitatifs, mais également qualitatif de revalorisation et d'attractivité des métiers de l'humain qui prend appui sur la transversalité des métiers du secteur sanitaire, social et médico-social (Fiche n°18). Ce plan devra permettre de construire la stratégie de recrutement en phase avec les besoins et d'organiser les structures de formation en conséquence.
- Favoriser la coopération entre employeurs, notamment dans les territoires ruraux, mais également entre départements limitrophes afin d'améliorer l'attractivité territoriale des emplois du secteur (Fiche n°18).

- Permettre aux établissements d'être stratèges de leurs politiques de ressources humaines, et non seulement gestionnaires de celles-ci, en leur garantissant des moyens pour concevoir et mettre en œuvre les mesures leur permettant de recruter et de fidéliser sur leurs métiers en tension et leurs métiers stratégiques (Fiche n°18).
- Reconnaître l'expertise des métiers de l'accompagnement au domicile et faciliter leur quotidien en généralisant une carte professionnelle pour les intervenants au domicile (Fiche n°18).
- Adapter le dispositif de formation professionnelle pour permettre aux structures de mettre en œuvre une politique de formation attractive (Fiche n°21).
- Développer un partenariat avec l'Éducation nationale pour que ces métiers et les parcours de formation soient valorisés dès le collège auprès des élèves. Cela concourrait aussi à la mixité des formations et des métiers (Fiche n°21).
- Élaborer un plan de coopération au service de la formation tout au long de la vie (Fiche n°21) avec l'ensemble des partenaires de l'emploi, de l'éducation, de la formation et les employeurs pour développer une véritable ingénierie à l'échelle locale adaptée aux besoins du territoire.
- Créer un contrat d'engagement de service d'intérêt social, inspiré du contrat d'engagement de service public (CESP) pour les travailleurs sociaux (Fiche n°21).

Sommaire

| | |
|---|----|
| I - CITOYENNETÉ ET DROITS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP | 18 |
| Fiche 1- Soutenir le pouvoir d'agir des personnes accompagnées..... | 18 |
| Fiche 2- Remettre en travail la définition du handicap | 21 |
| Fiche 3- Abroger définitivement « la barrière d'âge » des 60 ans pour l'obtention de la prestation de compensation..... | 23 |
| Fiche 4- Conceptualiser une prestation unique de compensation pour l'autonomie : « Prestation Universelle Autonomie » | 25 |
| Fiche 5- Renforcer la démocratie en Santé au sein des structures médico-sociales | 28 |
| Fiche 6- Construire une approche globale de l'accompagnement en ESMS | 31 |
| Fiche 7- Promouvoir un accompagnement éthique ayant pour finalité la bientraitance..... | 34 |
| Fiche 8- Accompagner les personnes en situation de handicap vieillissantes | 36 |
| Fiche 9- Accompagner les personnes ayant une mesure de protection juridique | 38 |
| Fiche 10- Penser la Santé de façon globale et intégrée | 41 |
| Fiche 11- Prévenir les addictions et réduire les risques et dommages liés aux conduites addictives des personnes en perte d'autonomie | 45 |
| Fiche 12- Préserver la santé mentale des personnes dépendantes | 49 |
| Fiche 13- Favoriser la vie intime, la vie affective et la vie sexuelle en ESMS..... | 54 |
| Fiche 14- Garantir un statut pour les travailleurs d'ESAT..... | 57 |
| Fiche 15- Donner accès à l'enseignement à tous les enfants en situation de handicap | 58 |
| Fiche 16- Reconnaître et soutenir les « aidants » | 60 |
| Fiche 17- Repenser la fin de la vie..... | 64 |
| II- ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ET FORMATION | 67 |
| Fiche 18- Rendre attractives et revaloriser les carrières des secteurs du social, du médico-social et de la santé | 67 |
| Fiche 19 - Promouvoir la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) en faveur de l'attractivité..... | 73 |
| Fiche 20- Lutter contre la sinistralité et l'absentéisme | 76 |
| Fiche 21- Utiliser la formation comme levier d'attractivité et de sens..... | 79 |

| | |
|---|------------|
| III- GOUVERNANCE, PILOTAGE ET ARTICULATION DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE..... | 83 |
| Fiche 22- Donner les justes financement et périmètres à la 5 ^e branche Autonomie | 83 |
| Fiche 23- Impulser la mise en œuvre d'un Service Public Territorial de l'Autonomie (SPTA) | 86 |
| Fiche 24- Renforcer la gouvernance territoriale des politiques de l'autonomie | 88 |
| Fiche 25- Créer un document unique de planification de l'offre dans le champ de l'autonomie | 90 |
| Fiche 26- Assurer la lisibilité et l'articulation des coopérations au service du parcours..... | 92 |
| Fiche 27 - Inventer ensemble un droit opposable à l'accompagnement co-construit avec la personne, évolutif et respectant ses besoins | 96 |
| Fiche 28- Articuler les dispositifs pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap en situation de grande marginalité | 99 |
| | |
| IV - FINANCEMENTS ET RÉGULATION DE L'OFFRE..... | 101 |
| Fiche 29- Faire du CPOM un véritable outil de dialogue de gestion | 101 |
| Fiche 30- Refondre l'aide sociale à l'hébergement (ASH)..... | 104 |
| Fiche 31- Harmoniser les règlements départementaux d'aide sociale (RDAS)..... | 107 |
| Fiche 32- Permettre les absences en ESMS et garantir la liberté d'aller et venir | 108 |
| Fiche 33- Financer le nouveau dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS..... | 112 |
| Fiche 34- Réguler la lucrativité dans le secteur du grand âge..... | 114 |
| Fiche 35- Revoir le financement et la tarification des EHPAD | 116 |
| Fiche 36- Financer le secteur de l'aide à domicile | 118 |
| Fiche 37- Réformer les grilles AGGIR et PATHOS et en atténuer les effets tarifaires | 121 |
| Fiche 38- Associer les instances démocratiques territoriales aux autorisations de créations et de transformations hors procédure d'appels à projet..... | 123 |
| Fiche 39- Élargir et sécuriser les financements CNSA des conférences des financeurs pour la mise en place d'actions de prévention individuelle | 125 |
| Fiche 40- Faire de la mesure d'activité un levier pour la valorisation des accompagnements | 127 |

| | |
|---|------------|
| V- INNOVATION, ÉVOLUTION ET DIVERSIFICATION DE L'OFFRE..... | 128 |
| Fiche 41- Instaurer des campagnes nationales de sensibilisation aux thématiques du handicap et l'avancée en âge | 128 |
| Fiche 42- Améliorer le statut de l'accueillant familial pour une meilleure reconnaissance | 130 |
| Fiche 43- Penser l'aménagement urbain, les stratégies immobilières et l'architecture comme des moyens indispensables d'assurer l'existence et l'épanouissement de la vie sociale en établissement et/ou à domicile..... | 132 |
| Fiche 44- Déployer l'habitat accompagné, partagé et inséré..... | 137 |
| Fiche 45- Soutenir le développement d'autres formes d'habitat partagé et innovantes comme la cohabitation intergénérationnelle solidaire..... | 140 |
| Fiche 46- Fournir une assise juridique fiable aux logiques de fonctionnement en dispositif/platformes..... | 143 |
| Fiche 47- Développer et sécuriser le réemploi d'aides techniques <i>via</i> l'économie sociale et solidaire..... | 144 |
| Fiche 48 - Créer des dispositifs 16-25 ans et 55-65 ans sur l'ensemble du territoire..... | 146 |
| Fiche 49 - Créer des dispositifs « sas » pour les personnes en situation de handicap sans/en attente de solution..... | 147 |
| Fiche 50 - Créer un droit à « l'innovation en Solidarité » territoriale et intersectorielle associative en s'appuyant sur des laboratoires territoriaux de l'innovation..... | 148 |

I - CITOYENNETÉ ET DROITS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Fiche 1- Soutenir le pouvoir d'agir des personnes accompagnées

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les temps d'échanges et de discussion avec les aidés et leurs aidants représentent un lien primordial pour placer au centre de l'accompagnement la personne et ses choix, afin de la faire passer de spectatrice à actrice de son accompagnement. Ce lien, aussi essentiel soit-il, peut être délité, par l'absence de temps ou d'outils adéquats.

L'accompagnement d'une personne qui réside est donc trop souvent tiraillé entre la nécessaire réponse à ses attentes et besoins, et le manque de disponibilité (manque de personnel, de temps, d'outils adaptés...).

Ce risque traduit un questionnement plus global, portant sur la place de sujet et de citoyen à part entière des personnes en vulnérabilité dans des contextes institutionnels ou domiciliaires percutés par la notion d'isolement social. Il apparaît ainsi indispensable que subsiste, malgré la dépendance et souvent le manque de ressources humaines, des modes et une compétence collective à recueillir l'expression des besoins et des souhaits individuels des personnes, et de les rendre effectifs.

Des méthodes et des outils spécifiques doivent donc être mis à disposition et utilisés par les professionnels pour recueillir cette parole et assurer sa pleine mise en œuvre dans l'accompagnement de la personne et sa traduction dans les pratiques professionnelles. L'objectif visé à la fois la parole de personne, ainsi que le fait de la porter bien au-delà d'une simple phrase sur un cahier de liaison, ou encore une réclamation dans un procès-verbal de CVS... La défense du pouvoir d'agir de la personne est un préalable indispensable à l'acquisition d'une citoyenneté à part entière.

La loi 2002-2 a franchi une première étape en rendant obligatoire la mise en place de sept outils spécifiques dans les ESMS². Toutefois de tels outils sont encore trop souvent absents ou mal compris, et l'effectivité de leur utilisation au quotidien difficilement mesurable.

Face à la numérisation rapide de notre société, soutenir le pouvoir d'agir c'est enfin garantir l'accès à l'information et à l'expression de la parole sur Internet. L'exclusion numérique est aujourd'hui devenue un facteur aggravant de l'isolement relationnel ainsi qu'une perte de chance dans la connaissance des droits des personnes accompagnées et de leurs aidants. Une étude lancée par les Petits Frères des Pauvres avec l'institut CSA (septembre 2018) a mis en lumière que 14 % des 60-70 ans sont en situation d'exclusion numérique. Cette exclusion touche plus particulièrement les plus de 80 ans – soit plus d'1,7 million de personnes – et les personnes aux revenus inférieurs à 1 000 €.

² Livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour (article 8 + article 11 pour le règlement de fonctionnement spécifiquement), médiateur ou conciliateur (article 9), conseil de la vie sociale (CVS) ou autres formes de participation (article 10), projet d'établissement ou de service (article 12)

PROPOSITIONS

- **Créer des groupes de travail locaux sur l'éthique** pour échanger et partager des retours d'expériences (RETEX) et leur fournir les moyens financiers nécessaires pour exister, ainsi que pour assurer l'effectivité des décisions prises sur le terrain
- **Rendre plus lisibles les documents d'accueil, en obligeant les établissements et services à les synthétiser et à rendre plus lisibles et accessibles les informations essentielles. Veiller à utiliser autant que possible des éléments de communication adapté au public (pictogrammes, FALC...).** Souvent trop longs et parfois trop complexes, ils sont peu adaptés aux publics auxquels ils sont destinés et viennent ajouter de la complexité dans une période de la vie des personnes accompagnées déjà marquée. Exemple : encadrer la liste des éléments et des informations essentielles à fournir aux personnes accompagnées via une réglementation spécifique. Il est proposé d'intégrer ce critère comme impératif dans le référentiel HAS de l'évaluation des ESSMS.
- Envisager la possibilité pour la personne de réaliser, au moment de l'accueil, une autoévaluation de ses besoins et de ses attentes. Cette autoévaluation pourra se faire avec l'appui d'un professionnel accompagnant déjà la personne ou d'un proche.
- **Simplifier la désignation des personnes de confiance. Il est proposé de changer l'appellation d'une des deux personnes de confiance** prévues par la réglementation (soit celle inscrite dans le CASF, soit celle inscrite dans le CSP) pour éviter les amalgames. Est également proposée la création d'un espace d'information ou d'un numéro dédié.
- Créer un forfait consentement (ou recueil de l'accord) pour les structures, à partir de la visite de l'établissement jusqu'au choix du résidant (ex : 15 jours).
- **Inscrire le principe d'un droit à la liberté pour les personnes accompagnées,** dans le cadre d'une réflexion éthique propre à l'établissement, permettant de dépasser le clivage entre sécurité et liberté.
- **Former et sensibiliser tous les professionnels au recueil de l'accord ou du consentement,** et plus largement à l'expression de la parole, des besoins, surtout en présence de troubles cognitifs. Cela pourrait se traduire par l'organisation de temps d'échanges réguliers avec les équipes pour se recentrer sur les besoins et les souhaits de la personne, réserver une place particulière à ce sujet dans le référentiel d'évaluation de la Haute Autorité de santé, veiller à intégrer cet objectif dans les CPOM, donner les moyens pour organiser des groupes d'analyse de pratiques. Enfin, il serait important de désigner des référents dans chaque structure en l'accompagnant de financements et d'une formation adéquate.

- **Questionner la simple obligation d'enquêtes de satisfaction pour le domicile :** quelles sont les limites de ce simple outil pour défendre la parole de la personne accompagnée ? Quels outils pourrait être mis en place pour rendre plus efficiente cette parole, tout en prenant en compte les contraintes d'organisation liées au domicile ?
- **Former et sensibiliser les aidants dès l'accueil d'une personne en établissement ou en structure à la connaissance les droits et libertés des personnes aidées** ainsi que sur les impacts de l'avancée en âge ou du handicap sur l'état de santé de la personne. Cette action réduirait les situations de maltraitance des aidants, nées de la méconnaissance des droits et des pathologies de la personne aidée.



Fiche 2- Remettre en travail la définition du handicap

EXPOSÉ DES MOTIFS

La Loi 2005-102 du 11 février 2005 avait enfin permis de conférer une définition légale au concept de handicap. Plus aboutie que le texte de 1975, cette définition est le fruit de multiples débats qui témoignent de divergences de représentations de la notion. Depuis l'élaboration de ce texte, deux évolutions notables sont à souligner.

- Des évolutions sociétales d'abord. La définition de la notion de handicap de 2005 apparaît progressivement comme trop cloisonnante et insuffisamment adaptée aux changements sociétaux. La définition de 2005 souffre de plusieurs écueils, notamment : les dénominations des catégories de handicap interpellent (ex : "mental", "psychique" et "cognitif"), le fait que la définition n'aborde pas la question des besoins de la personne questionne également. Ces évolutions sociétales s'accompagnent d'une démultiplication des courants de pensées dans l'espace public qui se réclament de la lutte contre le « validisme » et qui rejettent jusqu'à l'idée même d'élaborer une définition de la notion de handicap, qui conduirait à stigmatiser mécaniquement les personnes en situation de handicap. Définir constituerait donc la première étape vers une oppression systémique de ces dernières.
- Une évolution juridique ensuite, la France a ratifié la CIDPH en 2010. En vertu de cette ratification, elle s'est engagée à traduire juridiquement les principes, règles et définitions qui régissent ce texte en Droit français. La CIDPH définit dans son article premier ladite notion : « *Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.* » La comparaison avec la définition posée par la Loi de 2005 est de nature à questionner la compatibilité de celle-ci avec le texte de la CIDPH. Le comité de l'ONU dans son rapport de 2021 nous invite d'ailleurs à la revoir. Concomitamment à ce rapport, la Défenseure des droits a également réalisé en 2021 un rapport au sein duquel elle établit le même diagnostic. Elle indique à ce propos :

« La définition du handicap, introduite par la loi du 11 février 2005, n'identifie pas les barrières environnementales comme un « facteur causal » sur lequel il convient d'agir, au même titre que sur les déficiences et incapacités, pour prévenir ou remédier aux situations de handicap. [...] Cette approche n'est pas sans conséquences sur les orientations qui ont pu être prises en matière de politiques du handicap. De fait, si la loi de 2005 vise à garantir un égal accès des personnes handicapées aux droits fondamentaux, elle met prioritairement l'accent sur les réponses à apporter en matière de compensation individuelle – sans pour autant réellement y parvenir – et de manière subsidiaire sur la transformation de l'environnement et la mise en œuvre du principe de conception universelle dans un objectif de société inclusive ouverte à tous »

PROPOSITIONS

Redéfinir de façon concertée la notion de handicap :

- En discutant de la pertinence de conserver des catégorisations par type de handicap souvent considérée comme très clivantes ;
- En faisant de la variable environnementale un élément essentiel de la définition ;
- En affirmant explicitement que le handicap peut survenir à tous les âges de la vie ;
- En intégrant la notion de « situation » de handicap ;
- En positionnant la question du besoin comme un élément essentiel de la nouvelle définition et en interrogeant la pertinence de conserver les termes « incapacité » et « déficience » ;
- En s'inspirant du texte de la CIDPH mais également en s'interrogeant sur la pertinence de mobiliser les concepts posés par la CIF pour élaborer cette nouvelle définition.



Fiche 3- Abroger définitivement « la barrière d'âge » des 60 ans pour l'obtention de la prestation de compensation

EXPOSÉ DES MOTIFS

Instaurer une égalité de traitement face au besoin d'aide à l'autonomie implique la suppression de toute barrière d'âge. Il s'agit concrètement de supprimer toutes les dispositions qui peuvent conduire à des ruptures ou à des différences de prise en charge entre les personnes, comme l'avait mis en exergue le législateur à travers l'article 13 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Or, la réglementation actuelle prévoit toujours qu'en fonction de l'âge de survenue du handicap (avant ou après 60 ans), les personnes ont accès soit à la prestation de compensation du handicap (PCH), soit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée aux personnes âgées dépendantes. Ces deux prestations sont pourtant d'une nature et d'un montant différents.

Il est à noter que cette demande s'inscrit dans la droite ligne de l'avancée majeure qu'a constitué l'abrogation de la barrière d'âge de 75 ans au-delà de laquelle il n'était plus possible de demander à bénéficier de la PCH. Adoptée définitivement le 26 février 2020 par le Parlement, cette proposition de loi a été promulguée loi au journal officiel du 7 mars 2020.

L'Uniopss – qui plaide de longue date pour l'abrogation des barrières d'âge – rappelle qu'il est indispensable de veiller à ce que la législation pour l'autonomie, et le chantier de la 5^e branche de la Sécurité sociale, permettent l'abrogation définitive de « la barrière d'âge des 60 ans », source d'inacceptables inégalités. À titre d'exemples :

- Dans la pratique, après l'âge de 60 ans, il est quasiment impossible de déposer un dossier auprès des MDPH. Ainsi, une personne de plus de 60 ans qui commence à présenter des troubles de la parole, de l'audition et de la vue ne peut pas présenter de dossier à la CDAPH pour l'obtention de la prestation de compensation du handicap (PCH), elle doit basculer vers une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- À l'âge légal de la retraite, une personne handicapée ayant peu travaillé et/ou percevant une faible retraite peut continuer de percevoir une AAH différentielle en complément de sa pension de retraite, dans la limite du montant de l'AAH, et uniquement si son taux d'incapacité est d'au moins 80%. Une personne handicapée dont le taux d'incapacité est inférieur à 80% cesse définitivement de percevoir l'AAH à l'âge de la retraite et doit basculer vers l'ASPA (minimum vieillesse), en complément d'une faible pension de retraite.

L'enjeu fondamental d'un projet de loi Autonomie, quels que soient l'âge ou la situation de dépendance ou de handicap, et de la création du 5^e risque de Sécurité sociale est celui de l'égalité de traitement de toute personne ayant besoin d'aide à l'autonomie et ce, indifféremment de son lieu de vie.

En outre, supprimer la barrière d'âge permettra de réduire le morcellement des dispositifs, en sortant de la logique de catégorisation des publics.

Alors que le sujet revient souvent sans trouver les moyens de sa réalisation, il conviendrait enfin de définir les mesures concrètes de sa mise en œuvre.

PROPOSITIONS

- **Supprimer la barrière d'âge des 60 ans pour l'obtention de la prestation de compensation du handicap** et réaliser au préalable une étude d'impact de cette abrogation : combien de personnes bénéficieraient d'une telle prestation après 60 ans et quel montant cela représenterait³ ?
- **Revaloriser les tarifs et les plafonds de la PCH ainsi que de l'APA.**
- **Permettre aux personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79% de percevoir une AAH différentielle** en complément d'une faible pension de retraite (actuellement à l'âge 62 ans).

³ Selon la DREES, citée par le rapport IGAS consacré au sujet en 2016, entre 1 500 et 7 500 bénéficiaires actuels d'APA seraient concernés pour un coût compris entre 13,5 et 67,5 M€.

Fiche 4- Conceptualiser une prestation unique de compensation pour l'autonomie : « Prestation Universelle Autonomie »

EXPOSÉ DES MOTIFS

La suppression de la barrière d'âge (voir Fiche n°3) s'accompagnera inévitablement d'une nouvelle aide, qui pourrait prendre la forme d'une prestation unique de compensation pour l'autonomie : la Prestation Universelle Autonomie (PUA).

L'Uniopss plaide depuis 2010 pour la création d'une telle prestation à l'intention de toute personne en situation de perte d'autonomie ou en situation de handicap, et ce quel que soit son âge. Il s'agit de mettre un terme aux seuils discriminants pour se focaliser uniquement sur les besoins des personnes.

La nécessité d'aborder les questions d'Autonomie de façon transversale et ambitieuse trouve un écho dans l'étude publiée le 16 mars 2023 par pôle santé et autonomie de l'Institut des politiques publiques (IPP). Ce travail, qui « invite à penser ensemble les différentes échelles de la prise en charge de la perte d'autonomie », révèle « que la réponse des politiques publiques au défi démographique des années 2030-2040 devra être d'une ampleur bien plus importante que ce qui a été fait dans la dernière décennie ».

Il est également à noter que ce même rapport de l'IPP⁴ révèle un certain nombre d'écueils concernant l'APA, et la rendant peu apte à répondre aux ambitions décrites ci-dessus.

Ainsi, le rapport décrit les budgets des conseils départementaux finançant l'APA comme « inégaux et contraints ». Ce constat traduit une organisation qui « contribue à réduire leurs marges de manœuvre dans le financement de l'APA et les conduit à répondre en priorité aux demandes les moins évitables : celles des personnes en établissement, des personnes les plus défavorisées économiquement ou isolées socialement ».

Enfin, ce rapport met en exergue que « la mise en œuvre de l'APA dépend de la régulation de l'offre ». En d'autres termes « les montants moyens d'APA sont plus élevés lorsque les tarifs de solvabilisation sont élevés et lorsque l'offre de prise en charge à domicile est abondante ».

Concrètement, le rapport décrit le mécanisme selon lequel « lorsque les départements fixent des tarifs de solvabilisation à domicile élevée, les montants sont mécaniquement plus élevés pour un même nombre d'heures, et les plans d'aide sont donc plus rapidement saturés. Cela limite le nombre d'heures notifiées et le financement d'autres aides, mais aussi, à budget constant, le nombre de bénéficiaires ».

Inversement, « lorsque l'offre est faible, rien ne sert de notifier beaucoup d'heures d'aide et d'accorder des gros montants puisqu'ils ne pourront pas être dépensés faute de disponibilité d'offre ».

⁴ <https://www.ipp.eu/publication/vieillir-a-domicile-disparites-territoriales-enjeux-et-perspectives/>

L'une des conclusions du rapport confirme la nécessité de lancer une refonte des prestations, et plus particulièrement de l'APA : « *Dans cet ensemble d'arbitrages départementaux, ce sont les départements les plus à l'aise financièrement qui peuvent se permettre d'accorder à la fois plus souvent l'APA et des montants plus élevés* ». Ainsi, le virage domiciliaire ne pourra réussir que si cette question de financement est résolue.

Ce travail de refonte sera indispensable pour instaurer la PUA. En effet, pour se faire, les prestations qui sont financées dans le cadre de ce nouveau champ de protection sociale devront intégrer celles qui sont aujourd'hui financées par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et celles énumérées par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Les personnes en situation de handicap de moins de 60 ans et les personnes âgées « dépendantes » de plus de 60 ans seraient alors considérées non plus en fonction de leur âge mais selon les besoins de compensation propres à leur situation, et ce quelle qu'en soit l'origine.

Cette prestation concernerait toute personne, sans discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou le handicap, ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

La création d'une prestation d'autonomie réellement universelle doit permettre à toutes les personnes âgées et à toutes les personnes en situation de handicap, ayant besoin d'une aide à l'autonomie, d'accéder sans distinction à cette nouvelle prestation et couvrir tous les besoins de compensation, et notamment :

- Les aides à la mobilité.
- Les aides ménagères.
- Les aides humaines.
- Les aides à la parentalité.
- Les aides à la communication.
- Les aides techniques.
- Les aides à l'adaptation du logement.
- Les aides aux aidants.
- Les aides à l'exercice de la citoyenneté.
- Les aides à la vie sociale.
- Les aides animalières.

PROPOSITIONS

- **Déterminer les contours de l'instauration d'une prestation universelle d'autonomie (PUA) :** pilotage national et local, public visé, conditions d'accès, montant...
- **Réaliser une étude d'impact de la mise en place d'une telle prestation pour apprécier les conséquences de toutes natures** (nombre de personnes potentiellement bénéficiaires, coûts généraux, calendrier de mise en place...).

- **S'assurer de la fongibilité voire de la fusion des deux enveloppes sous-Ondam (handicap et dépendance) pour créer une PUA.** Il est à noter que le fait d'assurer le financement de l'accompagnement du handicap ne doit pas entraîner une diminution de l'enveloppe dédiée aux personnes âgées, et inversement. Des ressources supplémentaires devront donc être trouvées pour abonder la branche et ne pas "aspérer" les financements actuels du handicap vers le grand âge, pour qui les dépenses vont inéluctablement augmenter en raison du vieillissement de la population et de la dépendance.
- **Réaliser un inventaire et un état des lieux exhaustif des aides financières existantes et des dispositifs** (établissements et services) qui existent pour les deux publics et estimer leurs coûts. Cette photographie de l'existant servira de base de travail pour envisager les conséquences d'une fongibilité ou d'une fusion des deux financements au niveau national, piloté par la CNSA.

Fiche 5- Renforcer la démocratie en Santé au sein des structures médico-sociales

EXPOSÉ DES MOTIFS

La participation des personnes accompagnées et de leurs proches au fonctionnement des établissements et services s'exerce notamment à travers le Conseil de la Vie sociale (CVS), instance consultative créée par la loi de 2002-2. **Le CVS veille à l'application des droits fondamentaux des personnes accompagnées et contribue à la qualité générale des prestations et des accompagnements.**

Dispositif obligatoire mais **mis en œuvre de façon hétérogène sur le territoire**, le CVS se voit souvent reproché son caractère peu participatif voire, parfois, un pilotage dirigé par les directions elles-mêmes. La crise sanitaire du Covid-19 a également mis en exergue une absence de consultations du CVS dans certains établissements. Cette situation, exceptionnelle de par son ampleur et sa durée, a souvent pu être vécue comme un recul de la démocratie médicosociale par l'application des protocoles sanitaires sans concertation préalable et a pu éventuellement amener à un regain de tensions entre les familles et les établissements.

Il est à noter que **plusieurs facteurs participent à l'absence de mobilisation des CVS**. Peuvent être cités, notamment :

- **L'augmentation des troubles cognitifs des personnes âgées**, dont l'âge d'entrée en EHPAD est de plus en plus tardif, empêchant certaines d'entre elles de se saisir pleinement des enjeux échangés en CVS ;
- **La réduction constante de la durée moyenne de séjour** des résidents ayant une incidence sur la durée des mandats des élus résidents et des familles ;
- **L'augmentation du nombre de directions multisites**, avec un élargissement du CVS à un groupe d'établissements et qui entraîne une dilution des problématiques spécifiques à un établissement ;
- **Une désaffectation de l'instance du CVS par certaines directions**, corrélée avec une complexification générale de la gestion des EHPAD (CPOM, EPRD, GHT, évaluations et démarche qualité...).

Afin de pallier ces manquements, le décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2023, vient renforcer les possibilités de participation ou de représentation des personnes accompagnées, en élargissant la composition du CVS aux groupements des personnes accompagnées, aux proches aidants, aux mandataires judiciaires et représentants légaux.

Son rôle en matière de lutte contre les maltraitances est aussi renforcé en l'associant à la révision du projet d'établissement et au suivi des questions relatives au suivi des plaintes, réclamations ou évènements indésirables survenus dans l'établissement.

Cependant, tout en saluant les avancées qu'amène ce décret, le réseau Uniopss-Uriopss et ses partenaires associatifs ont déjà fait remonter en février 2023 les difficultés d'interprétation soulevées par sa rédaction.

De nombreuses structures sociales et médico-sociales sont ainsi empêchées pour appliquer les nouvelles modalités de fonctionnement, composition et compétences des CVS.

Parmi les questionnements essentiels peuvent être cités :

- Le texte permet une composition possiblement élargie du CVS "*si la nature de l'établissement ou du service le justifie*" (nouvel art. D311-5 CASF). Cette rédaction est sujette à une très large interprétation et des préconisations de précision sont attendues par type de public/de structures.
- Le décret modifie et élargit la composition du CVS, notamment à « *un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services [...].* » (1° du II. Du nouvel art. D311-5 CASF) : les (catégories de) personnes précisément visées par cette disposition doivent être précisées.
- Le décret modifie et élargit la composition du CVS, notamment à "*un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service* » (5° du II. du nouvel art. D311-5 CASF) Que se passe-t-il si la personne cesse son bénévolat ? Quel renouvellement de ce représentant ? Le bénévole représente-t-il les personnes qu'il accompagne uniquement ou peut-il s'exprimer plus généralement sur ce qu'il observe lors de ses visites ? Une convention de partenariat doit-elle être conclue entre l'ESMS et l'association pour proposer aux bénévoles de se présenter à l'élection du CVS ?
- Quelles sont les modalités de désignation/ élection pour les personnes mentionnées au 5° 6° et 7° du II. du nouvel article D311-5 CASF ? ("*Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ; Le médecin coordonnateur de l'établissement ; Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante*"). Si l'acte instituant le CVS prévoit que ces personnes en intègrent la composition, il n'est pas mentionné comment elles sont choisies, ni comment elles sont renouvelées, ni à quel moment.
- Il n'est pas précisé les éléments devant apparaître dans le rapport d'activité rédigé chaque année. (D311-20 CASF).
- L'enquête de satisfaction (III. du nouvel article D311-15) qui doit être réalisée chaque année dans les EHPAD, doit l'être "*sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de santé*". Toutefois, ces outils et cette méthodologie sont toujours attendus à la date où nous publions ce texte.

Plus globalement, le réseau Uniopss-Uriopss ne peut que regretter que la réforme n'ait pas été suffisamment ambitieuse concernant l'amélioration de la représentation des usagers ou leurs représentants, qui doivent être partie prenante du fonctionnement de la structure.

Il est à noter que le CVS exerce également un rôle important en matière d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail en rendant des avis et faisant part de propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service.

Pour le réseau Uniopss-Uriopss, la démocratie participative ne se règle pas seulement par le nécessaire droit mais bien plus encore grâce à la culture démocratique de la société, des établissements, des directions et par les bonnes pratiques qui peuvent être nommées. Et parce que le CVS constitue une instance majeure dans la qualité des accompagnements des personnes dépendantes et participe activement à l'expression de leurs besoins fondamentaux, parce qu'il revêt également un rôle de garant de l'application de leurs droits dans des environnements et contextes variés, le CVS doit donc encore faire l'objet de travaux pour constituer une instance à la hauteur des enjeux qui lui sont confiés.

L'Uniopss demande à ce titre que la libre expression des personnes accompagnées et de leurs proches-aidants soit facilitée à travers les mesures suivantes.

PROPOSITIONS

- **Mettre en place des actions d'information pour les usagers et leurs aidants à l'entrée dans un ESSMS sur la démocratie médico-sociale et les différents espaces d'échanges, de participation existants au sein de l'établissement ou service** en général et plus spécifiquement sur les missions et fonctionnement du CVS.
- **Penser, organiser et financer un programme progressif de formation à la démocratie médico-sociale et au CVS. Rendre obligatoire la formation pour les différents membres du CVS** pour qu'ils puissent pleinement se saisir de l'objectif de cette instance ainsi que ses missions et ses prérogatives.
- **Rendre plus attractive et aisée la participation aux CVS en les autorisant à bénéficier d'un budget propre** leur permettant de rembourser les frais de déplacement, l'acquisition de matériels numériques pour organiser des réunions en visioconférence, d'organiser des activités...
- **Établir que le nombre des élus des personnes accompagnées, des familles et proches avec les représentants légaux soit supérieur au nombre de tous les autres membres.**
- **Sanctuariser l'obligation de consultation du CVS en cas de restrictions des droits et libertés** tels qu'apparus durant la crise sanitaire de la Covid-19, et ce préalablement à l'élaboration des protocoles de visites.
- **Expérimenter la mise en réseau des CVS dans une logique d'entraide mutuelle**, afin de soutenir les élu.e.s isolé.e.s d'un CVS à l'échelle d'un département par exemple, ou encore développer entre plusieurs conseils des initiatives pour renforcer les pouvoirs d'agir des personnes accompagnées.
- **Créer des espaces de dialogues et de débat à dimension éthique** permettant aux personnes accompagnées d'échanger autour de leurs besoins au regard des accompagnements proposés.

Fiche 6- Construire une approche globale de l'accompagnement en ESMS

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'OMS a défini la Santé en 1946 comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » ; elle reconnaît également la santé comme un droit fondamental pour tout être humain. Les professionnels accompagnants, et les aidants de manière large, ont donc comme mission la promotion de la santé des personnes accompagnées et le maintien de leur autonomie.

Pour rappel, le CASF est d'ailleurs explicite de cette volonté de conférer aux ESMS une approche globale de l'accompagnement en ce qu'il précise au titre de son article L116-1 que « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.* ».

Ce double impératif, émanant à la fois du cadre international et national, présume que les établissements et services assurent à la fois une mission médicale mais promeuvent également la vie sociale des personnes accompagnées en permettant leur inclusion, le contact avec leurs proches, la continuité des loisirs, le soutien de leur rôle social ...

L'établissement ou le service doit donc s'assurer de plusieurs équilibres complémentaires qu'il est parfois difficile de maintenir au quotidien :

- De façon générale, un juste équilibre entre un aspect médical nécessaire et une dimension vie sociale essentielle ;
- En établissement plus spécifiquement : un équilibre à maintenir entre assurer la sécurité des résidents et respecter les libertés individuelles et collectives. Actuellement, ces deux équilibres sont particulièrement en tension.

Sur ce sujet les rapports du comité consultatif national d'éthique (CCNE) ou plus récemment de la Défenseure des droits⁵ **ou encore de l'ONU**⁶ témoignent de ces situations complexes que ce soit en situation épidémique ou en dehors de celle-ci.

Indéniablement, la qualité de la vie sociale – donc de la Santé – des personnes accompagnées en est directement impactée... L'article 75 de la LFSS de 2023 est venu instaurer du temps dédié à l'accompagnement et au lien social auprès de nos aînés pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile. En ce sens, l'équipe médico-sociale du département chargée de l'évaluation des besoins des personnes âgées et de l'élaboration de leur plan d'aide pourra proposer que la personne dispose, selon ses besoins, d'un nombre d'heures par semaine dédiées à l'accompagnement et à la préservation du « lien social ».

⁵ https://s3-eu-west1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/213982/6613/DDD_AVIS_20210326_21-02.pdf?1619014012

⁶ Résolution du 9 septembre 2022 sur "les droits des aînés" et rapport du 1er septembre 2022 sur la "privation de liberté des aînés"

Nous proposons d'aller plus loin que ce simple article, pour que la vie sociale soit réellement valorisée et défendue, et sur un pied d'égalité avec l'aspect médical des accompagnements.

PROPOSITIONS

Concernant les ressources humaines :

- **Pour les EHPAD, faire émarger l'animateur sur la section hébergement mais aussi sur la section soins/dépendance.**
- **Créer un métier, équivalent à l'infirmier coordonnateur, mais dont les missions seront consacrées à la vie sociale, en offrant la possibilité aux ESSMS de recruter et de financer de façon pérenne des « chefs de service vie sociale » ou « coordonnateurs de la vie sociale ».**
- **Inventer un parcours de formation qualifiante pour l'animation de la vie sociale en EHPAD, dans les MAS ou les FAM, qui irait plus loin que l'animation de « vitrine ». Ce parcours de formation permettrait de mettre en valeur des principes fondamentaux tels que l'individualisation de l'animation (activités thérapeutiques, valorisation des compétences de la personne), l'importance des liens avec les proches, l'accompagnement à l'exercice de la citoyenneté.**
- **Introduire ce thème dans les formations médicales et soignantes : la vie sociale doit être l'affaire de tous.**
- **Repenser les places respectives des aspects « soins » et « vie sociale » au sein des établissements, par exemple en questionnant la raison d'être d'une représentation omniprésente de l'aspect médical dans les établissements d'hébergement (ex. port de la blouse).**

Concernant le financement du maintien et de la promotion de la vie sociale :

- **Les heures supplémentaires du plan d'aide APA, dédiées à la vie sociale et inscrites dans la LFSS de 2023, devront être suffisantes pour améliorer la vie de la personne accompagnée et soutenir réellement la prévention de la perte d'autonomie, en se calquant sur la PCH aide humaine (maintien des activités de loisirs, culturelles, sportives ou encore citoyennes de la personne avant sa perte d'autonomie). L'augmentation des heures selon le profil de la personne devra également être homogène sur le territoire, dans un contexte où certains conseils départementaux baissent les heures APA classiques lors de la révision du plan d'aide – via un critère objectif d'isolement par exemple.**

- **Inclure les variables illustratives⁷ du GIR, actuellement indiquées à titre informatifs mais non prises en compte de façon concrète, dans le calcul du GIR.** L'objectif visé est d'intégrer les dimensions relatives à la vie sociale et à l'accompagnement social du résidant dans le calcul de la dotation dépendance de l'EHPAD.
- **Donner aux établissements et services les moyens d'organiser** la mise en place de partenariats, notamment avec les acteurs sportifs et culturels de la vie locale.
- **L'ARS, en concertation avec les Conseils départementaux, doit se saisir de la dimension de la vie sociale dans les EHPAD,** en co-finançant par exemple des actions spécifiques comme dans le cadre de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif (CFPPA) ou encore en co-finançant un poste de coordonnateur de la vie sociale. Ce financement public ne fera pas peser cette charge exclusivement sur le tarif hébergement et par conséquent sur les résidents ou leurs proches.



⁷ La grille AGGIR est composée de 17 rubriques, appelées variables :

- 10 variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique, dites discriminantes, car seules ces 10 variables sont utilisées pour le calcul du GIR.
- 7 autres variables, dites illustratives, car elles n'entrent pas dans le calcul du GIR. Elles apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide dans le cadre de l'APA à domicile.

Fiche 7- Promouvoir un accompagnement éthique ayant pour finalité la bientraitance

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le débat autour de la bientraitance et de la maltraitance dans les institutions sociales et médico-sociales, ainsi que les établissements et services qu'elles gèrent, n'est pas récent mais toujours vif.

Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. L'impératif de vigilance s'inscrit dans un espace institutionnel et politique qui encadre peu à peu la question.

L'inscription dans le Code de l'action sociale et des familles d'une définition partagée de la maltraitance actée par la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants est une avancée incontestable. Néanmoins, la promotion d'un accompagnement éthique ayant pour finalité la bientraitance, et allant au-delà de la notion de maltraitance, doit demeurer l'objectif premier.

Il apparaît pour cela essentiel de dépasser la « non-maltraitance » pour s'inscrire dans une logique d'accompagnement sur-mesure combinant un geste technique de qualité avec un relationnel bienveillant, comme le préconise la Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie rendue par la commission conjointe du Haut conseil de la famille et de l'âge (HCFEA) et du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH).

La crise sanitaire a clairement fait apparaître la nécessité de trouver un équilibre entre liberté et sécurité, et de trouver des leviers pour pleinement mettre en œuvre l'article L.311 du CASF garantissant les droits et libertés individuelles des personnes vulnérables accueillies en établissement.

Cela suppose, pour tous les citoyens quelle que soit la déficience, le handicap, ou l'état de santé, la nécessité pour les organisations et les politiques sociales :

- D'accepter une certaine prise de risque découlant de la liberté d'agir ;
- De valoriser le savoir expérientiel dans les formations initiales des professionnels intervenant en ESMS ;
- De changer de paradigme de l'accompagnement – ne pas faire à la place de mais aider à la prise de décision.

PROPOSITIONS

- **Introduire l'obligation pour les ESSMS de rendre effective sur le terrain la réflexion sur l'éthique d'accompagnement et de l'accueil**, à l'instar des établissements de santé. Cette réflexion sera basée sur une démarche systémique s'appuyant sur des moyens budgétaires pérennes supplémentaires ainsi que sur une organisation adéquate et un management de qualité.
- **Rendre obligatoire une formation initiale et continue à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance à l'attention de tous les professionnels intervenant dans l'accompagnement et le soin des personnes accompagnées.**
- **Définir un ratio minimal d'encadrement : 8 ETP pour 10 résidents en EHPAD** (selon les recommandations de la Défenseure des Droits dans son dernier rapport sur les droits fondamentaux des personnes accueillies en EHPAD publié en janvier 2023).

Fiche 8- Accompagner les personnes en situation de handicap vieillissantes

EXPOSÉ DES MOTIFS

À l'occasion de la Conférence nationale du handicap du 11 février 2020, le président de la République, Emmanuel Macron, appelait à lancer « *une réflexion profonde, très structurante sur le vieillissement des personnes en situation de handicap* » pour « *adapter les modes d'accompagnement, penser les solutions médicales, sociales et aussi les innovations.* ». Plusieurs rapports ont déjà été publiés à ce sujet, notamment celui de Patrick Gohet, publié en 2013, et intitulé « *L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion* ». Des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé sont également parues en 2015 concernant « *L'adaptation de la prévention auprès des personnes handicapées vieillissantes* ».

Avec l'avancée en âge, l'origine de certains handicaps prédispose les personnes concernées à une incidence plus fréquente de certaines pathologies. Le vieillissement des personnes en situation de handicap reste difficile à appréhender pour plusieurs raisons.

D'une part, il n'existe pas de définition juridique et sociologique de cette « catégorie », d'autre part, l'absence de politique nationale dédiée en la matière rend la problématique du vieillissement souvent difficile à repérer. Les personnes en situation de handicap constituent un groupe hétérogène avec des besoins différents, selon le type de handicap. De surcroît, le vieillissement des personnes en situation de handicap reste méconnu des professionnels du sanitaire, médecins gériatres mais aussi infirmiers, aide soignants...

En effet, les personnes atteintes de troubles psychiques, notamment, peuvent connaître des déclin cognitifs, relativement tôt, dès l'âge de 45 ans, posant la question de leur accompagnement en établissement. L'avancée en âge entraîne en effet plusieurs conséquences dont un accroissement des besoins en santé, la survenue d'autres handicaps, une adaptation du lieu de vie, l'évolution de la situation familiale et souvent une diminution des proches aidants ou encore l'accompagnement à la fin de vie.

Le besoin d'une expertise croisée, handicap et gérontologie, est donc nécessaire, que ce soit en établissement de santé ou au sein des établissements et services médico-sociaux.

PROPOSITIONS

- **Objectiver les données sur les territoires en comparant les besoins à l'offre existante.**
- **Intégrer un volet PHV dans les schémas départementaux et plans régionaux de santé (PRS).**

- **Développer la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes jeunes souffrant de handicap psychique** afin d'éviter la médicalisation comme recours systématique pour améliorer la qualité de vie de ces personnes.
- **Intégrer les neurosciences dans les projets de formation des médecins gériatres.**
- **Développer les formations relatives au vieillissement et à ses conséquences pour les professionnels du handicap** mais aussi pour l'ensemble des professionnels de santé.
- **Développer les formations relatives à la question de la fin de vie pour les professionnels du handicap.**
- **Communiquer sur des solutions d'accompagnement** complémentaires ou alternatives à celles proposées par la structure.
- **Faciliter les transitions** (lorsque les solutions d'accompagnement impliquent une prise en charge conjointe ou une réorientation) et anticiper le vieillissement des travailleurs handicapés.
- **Supprimer la barrière d'âge de 60 ans pouvant conduire à des ruptures ou différences de prise en charge (cf. fiche dédiée du présent document).**
- **Adapter les espaces de vie des établissements aux personnes en situation de handicap vieillissantes** afin de garantir leur autonomie : anticiper le vieillissement des personnes en réalisant un projet architectural adapté à cet effet.
- **Développer les établissements pour personnes en situation de handicap vieillissantes (EAM, EHPAH, UVPHA).**
- **Développer l'accueil familial pour les personnes en situation de handicap vieillissantes (cf. fiche dédiée sur ce sujet).**
- **Réaliser une réflexion spécifique sur les aidants des personnes en situation de handicap vieillissantes, souvent décédés ou trop âgés pour accompagner leurs proches.**
- **Organiser des réunions pluridisciplinaires au sein des établissements et des services,** afin de rechercher des solutions avec les aidants, lorsque ces derniers ne seraient plus en mesure d'accompagner leur proche (du fait du vieillissement, d'un décès, etc.).
- **Permettre une continuité entre les établissements et services pour adultes et ceux pour adultes vieillissant.**

Fiche 9- Accompagner les personnes ayant une mesure de protection juridique

EXPOSÉ DES MOTIFS

Entourées de dispositifs spécifiques pour assurer leur protection, les personnes protégées ne doivent toutefois pas être définies par la protection juridique dont elles bénéficient : elles restent avant tout des individus, pouvant être âgés et/ou en situation de handicap, vivant à domicile et pouvant être accompagnés par des services sociaux ou médico-sociaux ou vivant en ESMS.

À ce titre, leur accompagnement peut relever de la compétence des ARS et des Conseils départementaux.

Fin 2018, selon la DREES, 64 % des adultes ne situation de handicap accompagnés par des structures dédiées (200 520 personnes sur un total de 312 000) bénéficiaient d'une protection juridique. Cette « spécificité » doit donc, de fait, être intégrée dans les politiques de l'autonomie, au niveau national et territorial, *via* les différents schémas de planification des autorités de tarification du secteur (PRS, Schémas de l'Autonomie...).

Elle doit également être intégrée dans les projets personnalisés d'accompagnement, et au-delà, dans les projets d'établissement ou de service, comme une composante à part entière de l'accompagnement.

Plus particulièrement, le réseau relève les enjeux suivants :

- Articuler les politiques de l'autonomie et les politiques dédiées à la protection juridique ;
- Favoriser l'expression, la participation et l'accès aux droits des personnes protégées.

PROPOSITIONS

Propositions en faveur d'une meilleure coordination des acteurs intervenant auprès des personnes sous mesure de protection juridique :

- Faciliter l'interconnaissance des acteurs des secteurs social, médico-social et judiciaire par des rencontres régulières.
- Prévoir une évaluation nationale de la fonction des préposés d'établissements inscrits sur la liste des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (fonction très en difficulté dans les ESMS, nombre trop conséquent de mesures à gérer, etc.).
- Rendre obligatoire la présence de professionnels référents dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux afin de faire le lien avec les mandataires professionnels et/ou familiaux.

- Intégrer dans les projets d'établissements ou de services médico-sociaux une partie dédiée à l'accompagnement des personnes sous mesure de protection juridique. Elle abordera notamment la façon dont la mesure est mise en œuvre, les modalités d'information de la personne, ainsi que l'articulation de l'ESMS avec les acteurs de la protection juridique).
- Communiquer auprès des professionnels des établissements et services médico-sociaux les documents en lien avec la mesure de protection (la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée, ainsi que la notice d'information).

Propositions en faveur du droit de vote et de la citoyenneté des personnes sous mesure de protection juridique :

- Informer de manière systématique les personnes majeures protégées de la législation en matière de droit de vote suite à la loi du 23 mars 2019, et notamment ses principes fondamentaux :
 - Impossibilité d'interdiction du droit de vote pour les personnes avec mesure de tutelle ;
 - Possibilité pour toute personne de se faire assister par un électeur de son choix pour les gestes liés au vote (à l'exception des professionnels impliqués dans leur accompagnement).

Propositions concernant les documents remis obligatoirement à la personne protégée dans le but de garantir l'exercice effectif de ses droits et libertés (art. L 471-6 CASF) :

➔ Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée (annexe 4-3 du CASF) :

- Adapter la Charte en Facile à Lire et à Comprendre (FALC) de manière « obligatoire » et la remettre aux personnes majeures protégées dans cette version, dès que nécessaire.
- Afficher la Charte dans tous les lieux où des personnes majeures protégées sont accueillies et/ou accompagnées pour la rendre accessible pour les personnes elles-mêmes ainsi que pour les professionnels qui peuvent avoir une méconnaissance de ces droits.

➔ Notice d'information (annexe 4-2 CASF) :

- Rendre la lecture et l'explication du document obligatoire et régulière, y compris *via* des temps d'information collectifs.
- Rendre ce document plus clair et accessible (pictogrammes, support vidéo...).
- Simplifier son contenu et éviter les doublons d'informations. Par exemple, certaines informations se retrouvent à la fois dans le Document individuel de protection des majeurs (DIPM) et dans la notice d'information.

Propositions concernant les politiques dédiées à la protection juridique :

- Assurer une meilleure reconnaissance de la profession de mandataire judiciaire des majeurs, à travers des moyens supplémentaires (recrutement), une revalorisation salariale de l'ensemble de la profession, la création d'un diplôme et une obligation de formation continue.
- Mettre en place un numéro unique pour toutes les questions en lien avec les droits de la personne majeure protégée, sur la base de l'existant ou *via* la création d'un nouveau numéro.
- Financer des astreintes dans les services mandataires permettant aux établissements et services accompagnants des personnes protégées de joindre une personne ressources en situation d'urgence.
- Renforcer, dans la formation des professionnels mandataires, le travail sur la promotion de l'autonomie.
- Prévoir l'anticipation des mesures de protection juridique dès le début d'un accompagnement en ESMS pour une acceptation facilitée de la personne lorsque la mesure deviendra nécessaire.
- Mieux mesurer les trajectoires des personnes protégées et les impacts des actions des MJPM, en créant un Observatoire du majeur protégé.
- Recenser les coordonnées des Services d'Information et de Soutien aux Tuteurs familiaux (ISTF) qui existent au sein de chaque département, mais portés par diverses associations. Les regrouper dans un site internet unique, relayer l'information de leur existence, leur rôle et leurs coordonnées sur le site service-public.
- Communiquer autour de ces services auprès des tuteurs familiaux et rendre la délivrance de cette information systématique lors du prononcé de la mesure.

Fiche 10- Penser la Santé de façon globale et intégrée

EXPOSÉ DES MOTIFS

Pour une réponse globale aux problématiques du système de santé

L'année 2022 fut marquée par le contexte de la crise Covid-19, qui persiste et met en lumière les limites de notre système de Santé. Ce contexte sanitaire apparaît néanmoins comme une occasion de repenser les solutions à adopter pour améliorer les parcours ainsi que les leviers à mobiliser pour garantir, à tous, l'accès à la santé.

Il apparaît nécessaire d'apprendre des difficultés passées, pour élaborer ensemble une stratégie en santé s'appuyant sur les expériences et expertises des professionnels de santé et du social (secteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et de ville), mais également des expériences et expertises des usagers/patients et de leur entourage.

Plutôt que des mesures de « saupoudrage » qui tentent d'endiguer les problématiques une par une dans l'urgence, ces acteurs plaident pour une stratégie politique forte, qui considère la santé selon ses multiples composantes et déterminants, telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la Santé dans le Préambule de sa constitution en 1946 : « *Un état de complet bien-être physique, mental et social (qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Seules des mesures fortes et pérennes permettront d'endiguer durablement cette crise.

La réponse à la crise historique que rencontre notre système de santé, qui ne doit pas être réduite à la crise hospitalière, doit être globale. Notre système de santé s'appuie sur un ensemble de dispositifs (structures de soins, de prévention, d'accompagnement social et médico-social...) et d'ambitions (virage ambulatoire, aller-vers, désinstitutionnalisation...) qu'il est aujourd'hui nécessaire de simplifier et de rendre plus aptes à répondre aux besoins et à la réalité des territoires.

De façon transversale, cela passe par une clarification de la coordination entre les différents acteurs essentiels du système de santé (médecine de ville, établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux...) ainsi que par l'émergence ou le renforcement des partenariats sur des thématiques ciblées (détection par les professionnels du domicile des premiers signes d'une dégradation de l'état de santé, sortie d'hospitalisation à anticiper, prévention des ré-hospitalisations...).

Cela se traduit également par un besoin impérieux d'améliorer les conditions de travail de l'ensemble des acteurs de santé (revalorisation des salaires, respect du droit au repos...), ainsi que de permettre une participation réelle des usagers/patients aux décisions qui les concernent.

Pour la participation des usagers/patients et de leur entourage

Un défi majeur pour les acteurs du système de santé est, en effet, de favoriser l'implication des usagers/patients, sous ses différentes formes, c'est-à-dire de la participation à la vie de

la structure à la coopération entre les usagers/patients et les professionnels du système de santé, dans un esprit de co-construction et d'égalité des savoirs.

Bien qu'au cœur des considérations actuelles de nombreux acteurs de santé, l'implication des usagers/patients n'est pas encouragée de la même manière dans toutes les structures. Elle suppose une nouvelle culture professionnelle, qui reconnaisse la place de l'utilisateur/du patient comme acteur et « sachant », et non pas comme passif et simple exécutant des consignes professionnelles, ainsi qu'un soutien fort de la direction de la structure.

La coordination entre professionnels à domicile et en EHPAD

Au domicile, le lien entre les dimensions sociales, médico-sociales et sanitaires des accompagnements doit être systématisé et facilité entre les nombreux acteurs participant à l'accompagnement d'une seule et même personne. Des outils simples et partagés de communication et de suivi de l'état de santé de la personne doivent être développés et leur usage systématisé. Les intervenants au domicile doivent également être plus à même de détecter les premiers signes d'une dégradation de l'état de santé, en lien étroit et avec le soutien de professionnels de santé.

En établissement, le médecin coordonnateur est le pivot des EHPAD, en ce qu'il assure non seulement l'encadrement médical de l'équipe soignante, mais également le suivi quotidien de l'ensemble des pensionnaires. Aujourd'hui, la place du médecin coordonnateur et son champ d'action doivent être encore renforcés pour assurer un meilleur suivi médical des résidents, en particulier au regard de la dégradation constante de leur état de santé et de leur autonomie corrélée à l'aggravation du phénomène de désertification médicale dans de nombreux territoires.

Enfin, certains établissements ne trouvent pas de médecins traitants et ceux qui sont présents sont souvent trop peu disponibles.

Le décret portant réforme du cadre du médecin coordonnateur, paru en juillet 2019, inclut désormais dans les prérogatives du médecin coordonnateur suivi des épidémies de grippe saisonnière. L'évolution la plus significative concerne la nécessité de traitement en cas d'absence du médecin traitant. La mission du coordonnateur d'EHPAD a donc été considérablement étendue et clarifiée.

Il apparaît nécessaire d'aller encore plus loin et de donner au médecin coordonnateur d'EHPAD le statut de médecin traitant « prescripteur » pour les résidents qui le souhaiteraient. En effet, en lien avec l'équipe médicale de l'EHPAD au contact de l'ensemble des résidents, la coordination est facilitée si le médecin coordonnateur est également le prescripteur. De plus, dans les cas d'urgence, cela évite les risques de polymédication, les prescriptions pouvant être plus facilement adaptées en cas d'aggravation.

La numérisation en santé

Enfin, l'accès à la Santé se mesure aujourd'hui à l'aulne du numérique. En 2019, le rapport Pon-Coury proposait un premier constat sur la nécessité de l'accélération de la numérisation en santé : du fait de services numériques non interopérables, la coordination entre professionnels de santé est complexifiée, tandis que les usagers/patients n'ont pas la main sur leurs propres informations en santé dans leur ensemble, ce qui ne leur permet pas d'être

pleinement acteurs de leur parcours de soins. Il est toutefois important de renforcer la politique d'inclusion numérique tout en maintenant systématiquement la possibilité d'un lien humain.

Le rapport déplore notamment le manque d'informatisation dans le secteur du médico-social. Le numérique est alors présenté comme un levier essentiel pour permettre une transformation du système de santé. En réponse, la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé, 2019-2022 » a permis des avancées importantes, mais encore insuffisantes.

Ainsi, notre réseau s'attache à rendre concret et effectif le principe républicain de l'accès aux mêmes droits pour tous, au-delà des complexités liées aux évolutions technologiques ou des mises à l'écart de fait, qui bloquent cet accès à de trop nombreuses personnes (du fait de leur âge, de leur handicap ou de leur situation sociale). Nous promouvons une protection sociale solidaire et collective effective pour tous les individus. En ce sens, il est primordial d'assurer l'accès aux droits des personnes en perte d'autonomie, notamment par le déploiement et la systématisation des dispositifs permettant de garantir l'accès aux soins et à la Santé (ex. Complémentaire Santé Solidaire).

PROPOSITIONS

- **Favoriser une approche globale, transversale et pluridisciplinaire en santé**, en prenant en compte l'ensemble des acteurs, quel que soit leur métier ou le type de structure.
- S'inscrire dans la feuille de route du gouvernement sur la médicalisation des EHPAD, présentée le 7 mars 2022, et **imaginer des modalités d'octroi au médecin coordonnateur d'EHPAD du statut de médecin traitant « prescripteur » pour les résidents qui le souhaiteraient**. Pour les personnes souhaitant conserver leur médecin traitant, le médecin coordonnateur ne pourra réaliser de prescriptions qu'en cas d'urgence et devra en informer le médecin traitant.
- Pour **favoriser et valoriser la prévention et la promotion de la santé**, et percevoir la santé dans sa globalité en intégrant la notion de « care » auprès du « cure », l'Uniopss propose de **pérenniser et de rendre visibles de façon pluriannuelle les moyens financiers alloués à aux actions de prévention et à la promotion de la santé**, notamment pour les acteurs du domicile.
- **Renforcer la dimension interministérielle lors de la conception, l'élaboration et la mise en application des politiques de santé publique**, et rendre systématique la participation des professionnels de terrain, des usagers/patients et de leur entourage.
- **Offrir au grand public ainsi qu'aux professionnels les outils et les clés pour mieux comprendre notre système de Santé**. La visibilité et la lisibilité des missions

de chaque acteur de santé (ville, sanitaire, médico-social...) s'imposent, alors que les politiques publiques sectorisées ont parfois rendu illisibles l'offre en santé, aux yeux de la population générale et des professionnels eux-mêmes.

- **Construire un plan d'action collectif d'envergure**, prenant en compte les déterminants de santé (sociaux, économiques, individuels, environnementaux...), et qui ne réduise pas la santé aux seuls soins médicaux.
- **Intégrer dans les formations des professionnels de santé des stages et périodes de formation en établissements ou services sociaux ou médico-sociaux.**
- **Intégrer des formations de prévention et de promotion de la santé dans les cursus des professionnels ayant vocation à travailler au contact des personnes en perte d'autonomie.**
- **Veiller à ce que la « fracture numérique » ne se creuse pas avec la numérisation progressive du système de santé** : permettre un accompagnement humain à l'ensemble des services publics, pour les personnes qui le souhaitent.

Fiche 11- Prévenir les addictions et réduire les risques et dommages liés aux conduites addictives des personnes en perte d'autonomie

EXPOSÉ DES MOTIFS

De multiples raisons biopsychosociales peuvent favoriser des problèmes d'addictions. Le départ en retraite, la maladie physique, la solitude, les ruptures familiales (veuvage, divorce) sont des facteurs favorisant les comportements addictifs à l'âge avancé.

Selon une étude publiée en 2013 par Laurent Cohen, chef de clinique au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie de l'âge (CAPPA), dans la revue d'information sociale suisse (REISO), **les conduites addictives chez la personne âgée concernent surtout l'alcool et les médicaments, ainsi que certains opiacés (morphine, héroïne) ou autres drogues (cannabis, cocaïne, ecstasy), et les addictions comportementales** comme le jeu ou la télévision.

Peu investiguée par les chercheurs et les autorités, la question de la prise en charge des conduites addictives dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie a pourtant été remise au premier plan lors et à la suite de la crise sanitaire du Covid-19. En effet, selon une enquête réalisée en population générale par l'association Addictions France en partenariat avec BVA Santé publiée en avril 2021, **78 % des personnes suivies pour addiction estiment avoir davantage besoin d'accompagnement qu'avant la crise sanitaire.** Pour des publics déjà touchés par des difficultés d'accès à la santé, la question de la prévention et de la réduction des risques liés aux conduites addictives constitue dès lors un sujet prioritaire.

Concernant les personnes âgées, il est à noter que les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) publiées par la Haute Autorité de santé en novembre 2022 et consacrées à la « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS Secteur des personnes âgées » offre des pistes intéressantes pour accompagner les structures à l'appréhension de ce sujet.

Ces recommandations mettent également en exergue que les recherches récentes concernant les conduites addictives des personnes âgées accompagnées par les ESMS sont rares, voire inexistantes. À ce jour, il n'existe aucune étude épidémiologique française analysant la situation de ces personnes. La plupart des travaux sont fondés sur des études locales quantitatives ou qualitatives (études de cas, départementales ou régionales) qui mettent en lumière des tendances sur les usages. Ainsi, les consommations de substances psychoactives à 60 ans concernent essentiellement les substances psychoactives licites : alcool, médicaments psychotropes avec ou sans ordonnance et tabac.

En EHPAD, les résidents sont majoritairement très âgés, polypathologiques et polymédiqués. Ils sont plus fragiles concernant l'usage à risque d'alcool et de médicaments psychotropes. Il existe des personnes âgées anciennement alcoolodépendantes, mais également des personnes dont la dépendance à l'alcool est dite « tardive ».

Concernant les personnes en situation de handicap, la note de cadrage « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages en ESSMS » publiée en octobre 2020 par la Haute Autorité de Santé (HAS) **souligne quant à elle que l'usage de substances psychoactives est plus élevé** chez les déficients intellectuels légers et en particulier chez ceux vivant dans une plus grande proximité avec le milieu ordinaire. Le document précise que, chez les travailleurs d'ESAT, la prévalence du tabagisme est estimée à 34 % alors qu'elle est de 27 % en population générale.

Dans le champ médico-social, les personnes dépendantes en difficulté avec des conduites addictives sont accompagnées principalement :

En établissement :

- Dans les EHPADs, les résidences autonomie et les structures pour personnes en situation de handicap (MAS-FAM, foyer d'hébergement, et secteur adulte PH) ;
- Dans les hébergements pour personnes précaires (CHRS) ;
- En soins résidentiels (LAM, ACT, LHSS).

À domicile :

- Par des structures médico-sociales ambulatoires, spécialisées dans l'accompagnement de la perte d'autonomie (SAAD, SSIAD, SPASAD) et de l'addictologie (CSAPA, CAARUD) ;
- Par les services hospitaliers (consultations, hospitalisation).

Toutefois, malgré ces dispositifs, l'offre disponible reste insuffisante, notamment face à une augmentation prévisible des besoins générés par la crise sanitaire. En effet, selon l'enquête précitée, réalisée en population générale par l'association Addictions France en partenariat avec BVA Santé publiée et en avril 2021, 39 % des personnes suivies pour une conduite addictive ont dû renoncer à se faire accompagner, soit parce qu'elles ont eu des difficultés à obtenir un rendez-vous, soit parce qu'elles ne savaient pas vers quelles structures se tourner.

Par ailleurs, le vieillissement des personnes en situation de handicap conduit également à l'émergence de nouvelles catégories de personnes concernées par les addictions ou troubles de la santé mentale. Il est à noter que le développement des comportements addictifs peut être favorisés lors des ruptures ou changements de parcours (accidents, retraites, changements d'habitats, etc.).

Enfin, le 17 juin 2022, l'OMS a publié son premier rapport mondial sur la santé mentale : « Transformer la santé mentale pour tous », dans lequel elle fait des préconisations pour favoriser un environnement déterminant à une bonne santé mentale. Le réseau Uniopss-Uriopss partage bon nombre de ces préconisations qui sont, pour certaines, reprises ci-dessous.

PROPOSITIONS

- **Initier un changement de regard sociétal sur les conduites addictives des personnes en situation de dépendance**
 - Déconstruire les préjugés en communiquant vers le grand public sur les conduites addictives des personnes en perte d'autonomie.
 - Informer de manière ciblée les personnes âgées et/ou les personnes vieillissantes en situation de handicap sur les risques liés à la consommation de produits.
 - Favoriser les projets de recherche visant à mieux connaître et évaluer les comportements addictifs chez les personnes âgées et/ou en situation de handicap.
 - Encourager la rencontre entre les sociétés savantes en addictologie et celles accompagnant les personnes en situation de perte d'autonomie pour mieux déconstruire les préjugés.

- **Améliorer la prise en compte des conduites addictives dans les pratiques professionnelles du champ médico-social**
 - Former au repérage précoce et à l'intervention brève, les personnels des établissements et services pour personnes âgées et en situation de handicap ainsi que les organisations et professionnels exerçant au contact des personnes âgées.
 - Sensibiliser et former les professionnels au repérage précoce des mauvais usages des médicaments à domicile et en établissement ainsi qu'aux enjeux liés aux prescriptions inadaptées aux personnes âgées.
 - Ajouter un volet vieillissement des personnes en difficulté avec des conduites addictives dans le projet d'établissement des structures PA/PH afin de sensibiliser les professionnels à cet enjeu.
 - Améliorer la pratique de l'ensemble des professionnels intervenant sur la perte d'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap en difficulté avec des conduites addictives.

- **Favoriser le repérage des problématiques addictives à tous les âges** : étendre les rendez-vous de prévention en santé prévus dans la LFSS 2023 au-delà de 65 ans.

- **Créer une plateforme d'aide et de conseils pour les personnes âgées**, leur entourage et les professionnels prenant en charge au quotidien des personnes âgées et confrontées à des problèmes d'addiction⁸.

- **Inscrire dans le programme national de formation continue des formations dédiées au repérage précoce des conduites addictives en y impliquant des pair-aidants.**

⁸ A l'instar de la plateforme suisse <https://www.addictions-et-veillissement.ch/>

- **Promouvoir la mise en œuvre d'interventions thérapeutiques non médicamenteuses validées scientifiquement**, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé pour réduire la dépendance à certains médicaments. Ces interventions pourraient porter principalement sur les états d'anxiété ou de perte de sommeil.
- **Inclure et financer une personne ressource en addictologie** dans les dispositifs de soutien aux parcours des personnes âgées, et dans les dispositifs d'appui et de coordination.
- **Mieux coordonner l'action des organismes gestionnaires et du champ sanitaire pour améliorer les parcours des personnes en difficulté avec des conduites addictives**
 - Inciter les commissions des financeurs à publier des appels à projets dédiés à la prévention et à l'accompagnement des conduites addictives des personnes âgées et/ou en situation de handicap.
 - Améliorer les synergies autour des filières addictologiques afin de diffuser une culture commune dans les territoires entre les champs sanitaires, personnes âgées et personnes handicapées.
 - Amplifier les dispositifs d'aller-vers en addictologie en renforçant les consultations avancées portées par les CSAPA.

Fiche 12- Préserver la santé mentale des personnes dépendantes

EXPOSÉ DES MOTIFS

Nombreuses ont été les alertes sur les impacts de la crise sanitaire et des restrictions sur la santé mentale des populations : **un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé signale une augmentation de plus de 25 % des troubles anxieux et dépressifs depuis le début de la pandémie de Covid-19 à l'échelle mondiale**, tandis qu'une étude réalisée par l'Ifop pour la Fondation Jean Jaurès démontre que 40 % des Français se sentent plus déprimés qu'avant la crise, et que plus d'un tiers des Français affirment avoir été tentés par le suicide depuis septembre 2021.

Ces conséquences touchent inégalement les individus selon leur situation personnelle, déterminée par des facteurs biologiques, psychologiques, socio-économiques et environnementaux. À titre illustratif, le fait d'avoir été au chômage pousse les pensées suicidaires à 49 % et les pensées dépressives à 63 %, selon cette même enquête Ifop.

Pourtant, l'offre en santé mentale demeure insuffisante : à titre indicatif, 30 % des postes de psychiatres en hôpital public sont vacants.

Il est à noter que l'Uniopss et son réseau s'inscrivent dans une conception large de la santé mentale, telle que définie par l'OMS, ne se bornant pas à la psychiatrie mais en incluant également le bien-être des personnes. Nous concevons la santé mentale est un continuum allant du bien-être, de la santé mentale positive aux troubles psychiques, et au handicap psychique. Les associations défendent à travers ce plaidoyer une conception de la santé mentale, qui si elle reconnaît le rôle important des soins psychiatriques dans la stabilisation des symptômes, voire le rétablissement des personnes, prend en compte l'ensemble des déterminants de santé (logement, insertion professionnelle, transports, éducation, etc...) et des ressources de l'environnement de la personne qui sont à mobiliser pour renforcer les facteurs de protection et de résilience.

En ce sens, le 17 juin 2022, l'OMS a publié son premier rapport mondial sur la santé mentale : « Transformer la santé mentale pour tous », dans lequel elle fait des préconisations pour favoriser un environnement déterminant à une bonne santé mentale. Le réseau Uniopss-Uniopss partage bon nombre de ces préconisations qui sont, pour certaines, reprises ci-dessous.

Ici encore, il est important de mentionner qu'en santé mentale, les approches et les dispositifs doivent être pensés **de façon complémentaire**. L'accompagnement en santé mentale intègre aussi bien la psychiatrie que l'accompagnement social, addictologique, psychologique et la prise en compte des savoirs expérientiels et des compétences de l'auto-support, l'entraide et la pair-aidance.

La coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, et l'implication des personnes concernées et de leur entourage sont ainsi indispensables au processus de réhabilitation psycho-sociale et au rétablissement.

En conséquence, les associations investies dans le champ de la santé mentale réclament **une stratégie politique globale, forte et holistique** pour favoriser l'accès à l'accompagnement en santé mentale.

D'un point de vue organisationnel et de pilotage des politiques publiques en matière de santé mentale, **les Projets territoriaux de Santé mentale (PTSM)** sont des outils utiles pour favoriser cet accompagnement global en santé mentale, au plus près des milieux de vie. Cependant, l'Uniopss constate **des inégalités importantes** dans la place faite aux usagers/patients et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de terrain dans l'élaboration et la mise en œuvre des PTSM.

De plus, les actions prévues n'ont pas de financements fléchés et le calendrier de leur mise en œuvre n'est pas toujours défini. Les acteurs de terrain sont dans l'attente de contractualisations avec leur ARS. La difficulté d'avoir une lisibilité sur les PTSM avait déjà été éprouvée en 2020, alors qu'une journée nationale de coordination des PTSM était annoncée par la Délégation ministérielle à la Santé mentale et à la Psychiatrie, sans jamais être organisée pour autant.

Nous déplorons notamment **l'accompagnement lacunaire en santé mentale chez les jeunes**, en situation de handicap ou non, particulièrement impactés par la crise et ses conséquences.

Ainsi, **les pédopsychiatres en secteur public voient leur nombre diminuer chaque année**, les formations par des pédopsychiatres n'étant même plus dispensées dans certaines universités. En ambulatoire, les délais d'attente sont extrêmement longs pour ces accompagnements : **il faut attendre deux ans pour obtenir un rendez-vous en CMP** auprès d'un psychiatre infanto-juvénile.

Pourtant, **le repérage précoce est un levier essentiel** pour améliorer les conditions de vie des jeunes rencontrant des troubles psychiques.

La formation des (futurs) pédopsychiatres est essentielle et nécessite un travail sur l'attractivité du métier, en plus du renforcement de l'offre de soins à proximité des lieux de vie, d'une amélioration de l'articulation CMP-CMPP et du rôle pivot des Maisons des Adolescents.

La prévention et le repérage précoce doivent être des priorités, notamment auprès des jeunes en situation de vulnérabilités sociales et/ou accompagnés par l'ASE et la PJJ.

Concernant enfin la place des aidants familiaux, celle-ci est essentielle pour accompagner vers le rétablissement. Lorsque les liens ont parfois été rendus difficiles du fait de la maladie, tout doit être mis en œuvre pour les restaurer. Les aidants n'ont pas toujours les clés pour comprendre ce qui arrive à leur proche. Ils ont besoin d'être soutenus. L'intérêt des associations de pair-aidance est démontré par leurs actions d'accueil, d'information, de formation, de partage d'expériences, de partage d'espoir. Une éducation thérapeutique est nécessaire pour leur permettre de comprendre les troubles et le handicap et de sortir de la culpabilité afin qu'ils puissent s'engager au côté de leur proche dans un parcours d'aidant-aidé.

La fonction d'aidant familial, qui incombe de fait à l'entourage quelles que soient ses capacités, ses compétences, qui incombe parfois à des personnes âgées fragiles et/ou des frères et sœurs ayant eux-mêmes des charges familiales, est lourde et éprouvante.

Devrait être mis en œuvre pour chacun, lorsqu'il le demande, un plan d'aides et de compensations lui permettant de répondre aux besoins de la personne handicapée, sans s'épuiser ou mettre en danger sa propre santé mentale. Une attention particulière doit être portée aux enfants mineurs confrontés à la maladie d'un proche (frères, sœurs, ou un des parents) qu'il faut aider et protéger.

PROPOSITIONS

- **L'Uniopss, dans des documents plaidoyers de 2017** (le « consensus de Blois » élaboré à l'issue du colloque de 2016 organisé avec Santé mentale France et l'ADESM, et rédigé à l'occasion des élections présidentielle et législatives de 2017) **et de 2019, identifie les priorités en santé mentale** et propose des solutions concrètes :
 - **Favoriser la participation des usagers/patients et de leur entourage ;**
 - Adapter l'offre de soins aux parcours complexes et développer l'offre de proximité ;
 - Développer l'« aller vers » comme principe organisationnel ;
 - Favoriser le **décloisonnement et la coordination entre le social, le médico-social et le sanitaire ;**
 - **Renforcer les moyens en prévention** et promotion de la santé ;
 - Favoriser la **lutte contre la stigmatisation ;**
 - **Développer la recherche, l'innovation** et les formations croisées entre les professionnels du social, du médico-social et du sanitaire.
- **Intensifier les mesures contre la violence** entre partenaires intimes, **la maltraitance** et la négligence à l'égard des enfants et des personnes âgées.
- Instaurer un **soutien aux moyens de subsistance et de logement** pour les personnes vivant avec des troubles psychiques.
- Améliorer **l'accès aux espaces verts**.
- **Prévenir le suicide** notamment grâce à l'approche Live Life⁹.
- Développer une **approche communautaire des soins en santé mentale** en interconnectant les acteurs locaux et en proposant des approches centrées sur les besoins de la personne, orientées vers le rétablissement, fondées sur les droits humains et proposées avec le soutien de pairs-aidants.
- Pour mettre fin à de très grandes situations d'inégalités dans l'accès à une offre de soins et d'accompagnements, **tisser ou retisser un maillage territorial de soins et d'accompagnements de qualité et diversifié tenant compte des réalités**

⁹ Live life, publié par l'OMS en 2021 : un guide pour la mise en œuvre de la prévention du suicide dans les pays : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343053>

d'aujourd'hui doit être une priorité. En ce sens, il semble indispensable de repenser le modèle de sectorisation psychiatrique, portée non seulement par des établissements publics mais aussi par des établissements privés non lucratifs et des associations gestionnaires de structures extrahospitalières. Ce modèle visait à promouvoir une évolution des dispositifs de soin et d'accompagnement vers des prises en charge diversifiées et de proximité, adaptées aux besoins de chacun. Cette ligne directrice conserve toute sa valeur.

- Les troubles de santé mentale nécessitent de **créer une offre au regard des besoins et de renforcer les coopérations entre l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale**. L'articulation entre ces différents acteurs implique des passerelles à double sens. L'objectif est de mobiliser simultanément ou en alternance, de manière équilibrée et adaptée, les soins, les accompagnements compensatoires, les actions de réhabilitation psychosociale et les actions d'insertion (logement, insertion professionnelle, insertion scolaire, vie sociale...).
- **S'appuyer sur les capacités d'agir et les ressources des personnes** afin de leur permettre de réaliser le mieux possible leurs choix de vie (notion de rétablissement). À noter que la question des interactions entre troubles psychiatriques et addictions constitue une problématique extrêmement fréquente qui rend nécessaire une coopération entre les équipes d'addictologie et de psychiatrie afin de promouvoir des réponses intégrant notamment la réduction des risques (voir Fiche n°11).
- **Pour accroître la démocratie en santé mentale et l'inclusion sociale, les usagers doivent être considérés comme des personnes et des citoyens à part entière**. Riches de leur vécu expérientiel, leur participation à la définition des politiques publiques et à leur mise en œuvre est essentielle.
 - **Associer les usagers à la définition et à la mise en œuvre de leurs parcours de vie et de santé**, en leur donnant les moyens de participer aux dispositifs qui les concernent, y compris à la formation des professionnels, aux actions de sensibilisation grand public et aux supports de prévention.
 - **Se donner les moyens d'intégrer de façon effective des représentants d'usagers** dans les instances de décision et d'élaboration des politiques publiques et de leur accorder un statut légal ou réglementaire qui prenne en compte leur mission de représentation.
 - **Fournir aux représentants d'usagers les moyens logistiques et financiers de leur participation aux différentes instances** et réunions d'élaboration des politiques publiques de santé mentale (frais de déplacements et de représentation, rémunération etc.).
 - Développer et **consolider les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)** dans tous les territoires, et favoriser toutes les formes d'émulation par les pairs (groupes de paroles etc.).
 - Encourager le développement du **métier de médiateur de santé pair** dans les établissements de santé et les structures médico-sociales et sociales.

- **Renforcer la formation de pair-aidants et leur statut** (notamment pour une revalorisation des rémunérations). Concernant la place des aidants, l'Uniopss et son réseau proposent :
 - Devrait être mis en œuvre pour chacun, lorsqu'il le demande, **un plan d'aides et de compensations** lui permettant de répondre aux besoins de la personne handicapée sans s'épuiser ou mettre en danger sa propre santé mentale.
 - **Éviter ou rompre leur isolement**, notamment via l'orientation vers des associations de familles (pair-aidance familiale).
 - **Favoriser leur maintien dans l'emploi** par des mesures pour concilier leur rôle d'aidant et leur travail (aménagement horaires, congés, répit).
 - Leur **proposer des formations**.
 - Les **informer sur les dispositifs** et les accompagner pour un accès à leurs droits.
 - Les **écouter et leur donner droit à un soutien psychologique**.
 - Leur **donner accès à une consultation médicale annuelle** pour prévenir les impacts sur leur santé.

Fiche 13- Favoriser la vie intime, la vie affective et la vie sexuelle en ESMS

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'OMS définit la santé sexuelle comme "partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans son ensemble" dont l'accès doit être garanti à tous. En ce sens, l'article 12 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du CASF, reconnaît les droits à l'intimité et à la vie privée. Une note de cadrage a par ailleurs été réalisée par la Haute Autorité de santé, en mai 2022, sur la vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS.

Malgré une mise en lumière ces dernières années à travers ces publications, **force est de constater que plusieurs problématiques persistent, aussi bien dans le champ du handicap que du grand-âge.**

Dans son avis de juillet 2021, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) s'est positionné comme favorable à un accompagnement à la vie intime pour les personnes en situation de handicap mais a maintenu sa réserve sur l'aide active à la sexualité au nom de la non-marchandisation du corps. En ce sens, le CCNE a préconisé l'expérimentation d'une formation d'accompagnement aux gestes du corps et de l'intimité à destination des professionnels volontaires, particulièrement pour les personnes tétraplégiques qui sont dans l'incapacité de rapprocher leurs corps. Par ailleurs, les femmes en situation de handicap ont un moindre accès aux soins gynécologiques (Etude Handigynéco-Idf 2016-2017) : peu de professionnels sont formés aux spécificités du handicap et beaucoup de femmes déclarent ne jamais avoir eu recours à certains examens (frottis, mammographie...). Aussi, des zones d'ombre demeurent autour de la notion de "stérilisation", malgré la présence de l'article L2123-2 du CSP.

Pour les personnes âgées, la question de la vie intime et sexuelle peut se poser différemment, mais n'en appelle pas moins des difficultés lorsque les professionnels et/ou leur entourage sont tentés de les infantiliser et de nier leur statut d'adulte à cause de représentations très ancrées dans la société.

Il est à noter qu'un rapport publié le 1^{er} octobre 2022 par les Petits Frères des Pauvres et consacré à la vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées est venu apporter un regard nouveau sur ce thème trop souvent négligé. Les résultats révèlent un décalage entre les représentations que la société véhicule sur les personnes âgées et la réalité qu'elles vivent. Ainsi, selon l'étude, plus d'un senior sur deux a des relations sexuelles et parmi ces personnes, 91 % d'entre elles en sont satisfaites.

Ainsi, la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap et des personnes âgées reste aujourd'hui encore un tabou. Ce constat est d'autant plus marqué lorsque les personnes résident en établissement ou sont accompagnés à domicile par des services médico-sociaux.

Un grand nombre de professionnels ne sont pas formés à la notion de vie sexuelle et affective, tout comme les personnes accompagnées qui, pour beaucoup, manquent de

sensibilisation et d'éducation sur ces sujets. Or, la vie affective et sexuelle est partie intégrante de l'intimité, tout au long de la vie, et est essentielle à l'équilibre.

Le grand enjeu est de s'atteler à une **réflexion collective, courageuse et sincère, d'ordre éthique**, sur les conditions qui permettent de garantir les libertés fondamentales de chacun en la matière. Une conscience aigüe du respect d'autrui ainsi que le souci de mettre en place les conditions d'un dialogue de qualité sont indispensables pour aborder ces questions.

Cette réflexion devra permettre de raisonner autrement que par l'interdit, le non-dit ou le problème mais en prenant en considération toutes les situations individuelles, telles qu'elles se présentent, c'est-à-dire souvent dans leur grande complexité et sans angélisme : altérations du discernement, aux rôles et à la place des enfants vis-à-vis de leur parent âgé, aux possibles désinhibitions d'ordre pathologique, misère affective et sexuelle, à la place qui est faite (ou non) aux personnes LGBT+ vieillissantes qui ont déjà eu à mener tant de combats, à la prévention des infections sexuellement transmissibles à tout âge....

Les propositions ci-dessous traduisent la **volonté de notre collectif de promouvoir une véritable liberté à une vie affective et sexuelle pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées**, quels que soient leurs lieux et leurs modes de vie. Nous souhaitons également lever les préjugés qui peuvent encore freiner le débat et la mise en œuvre d'actions concrètes.

PROPOSITIONS

- **Promouvoir et développer la formation des professionnels à la vie affective et sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**, intégrant une sensibilisation à la question du genre, de la transidentité et du consentement et intégrer de manière systématique cette formation au plan de formation de la structure. Intégrer dans la formation.
- En lien avec le point précédent, **accentuer la sensibilisation des professionnels au nécessaire respect de l'espace privatif des résidents** et déployer tout dispositif en ce sens (sonnette, remise des clés et possibilité de fermer à clés, moindre utilisation des pass, aménagement du logement respectant l'intimité...).
- **Développer toute action ayant vocation à travailler / restaurer l'estime et l'image de soi, ainsi que la relation au corps.**
- **Renforcer la prévention (notamment autour de l'avortement, des moyens de contraception, du dépistage...)** et **améliorer l'information et l'éducation à la vie affective et sexuelle** (notamment concernant les notions de consentement, d'homosexualité, de genre/transidentité, désir de parentalité etc.) en utilisant des outils de communication adaptés (FALC, groupes de parole...). Cette action peut être mise en œuvre à destination des adolescents en situation de handicap au sein des ITEP / IME / IEM mais aussi au sein de l'ensemble des ESMS, qu'ils accompagnent des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap.

- **Mettre à disposition des résidents qui en font la demande, un lit double, voire un lit double médicalisé** et laisser la possibilité aux personnes en couple, préalablement à leur entrée en établissement, d'avoir une chambre double.
- **Assurer un suivi gynécologique systématique aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap**, notamment en recommandant un nombre minimum de consultations, en formant les professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes) aux spécificités du handicap et en mettant à disposition un annuaire des professionnels proposant un suivi gynécologique adapté à ces publics.
- **Organiser des rencontres de sensibilisation avec les proches, personnes de confiance et représentants légaux sur la question de la vie affective, intime et sexuelle.**
- **Mettre en œuvre en accompagnement à la parentalité pour les personnes en situation de handicap, pré et post-partum.**
- **Engager une réflexion et requestionner l'avis du CCNE sur la question des assistants sexuels.**
- **Poursuivre les réflexions éthiques autour de l'accompagnement à la vie affective et sexuelle, y compris dans le secteur personnes âgées.**
- **Étendre les dispositifs et initiatives qui se sont développées, sur le champ du handicap, au champ des personnes âgées (Centre ressources, vie intime et affective...).**

Fiche 14- Garantir un statut pour les travailleurs d'ESAT

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le plan ambitieux de transformation des ESAT, largement salué, et sa mise en œuvre notamment par le décret n° 2022-1561 du 13 décembre 2022 relatif au parcours professionnel et aux droits des travailleurs handicapés admis en établissements et services d'aide par le travail a été source d'avancées notables pour les travailleurs d'ESAT. **Toutefois, ils constituent toujours une catégorie qui, bien qu'elle exerce une activité professionnelle, ne bénéficie pourtant pas de l'ensemble des droits garantis à l'ensemble des autres travailleurs** par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et par le Code du travail.

Aujourd'hui, les travailleurs d'ESAT cotisent sur la base de rémunérations faibles, leurs carrières sont souvent marquées par des années non travaillées, et leur retraite est calculée sur des revenus du travail particulièrement faible. Il est rappelé à ce titre que l'AAH, qui compense la rémunération garantie, ne constitue pas un salaire.

Ainsi, les travailleurs d'ESAT sont condamnés, à l'âge de la retraite, à ne jamais percevoir plus que le montant de l'AAH (si leur taux d'incapacité atteint 80 %) ou de l'ASPA (si leur taux d'incapacité se situe entre 50 et 80 %). Or ces allocations différentielles représentent des montants qui se situent sous le seuil de pauvreté, et ne sont versées qu'en complément de leur faible pension de retraite.

PROPOSITIONS

L'Uniopss demande que les travailleurs d'ESAT puissent être considérés à la fois comme des usagers du secteur médico-social et comme des salariés :

- **Reconnaissance de l'ensemble des droits garantis par les conventions de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), le Code du travail, ainsi que les conventions collectives, et notamment :**
 - Le droit syndical (locaux syndicaux, affichage, réunions syndicales, délégués du personnel, etc.
 - Le droit de grève dans les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), tout en maintenant la protection apportée par le statut médico-social (par exemple : impossibilité de licencier le travailleur handicapé).
 - Le droit d'agir aux prud'hommes.
- **Une rémunération atteignant au minimum le SMIC pour tous les travailleurs handicapés des ESAT, générant des cotisations pour la retraite, et l'application des conventions collectives nationales et de branches (ancienneté, grille des salaires, etc.).**

Fiche 15- Donner accès à l'enseignement à tous les enfants en situation de handicap

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le droit à l'éducation des enfants en situation de handicap est fondamental. Des lois et décrets sont venus conforter ce droit dans une visée inclusive. Il appartient ainsi au service public de l'éducation de mettre en œuvre ce droit en proposant à tout enfant une scolarisation au plus proche de son domicile et adaptée à ses besoins.

Néanmoins, force est de constater que **les moyens viennent à manquer pour assurer une accessibilité universelle pleine et entière**. En effet, la non-scolarisation de certains enfants en situation de handicap fait la triste actualité chaque rentrée, et ce depuis des années. Certains d'entre eux ne se voient proposés que des solutions partielles, voire aucune modalité de scolarisation adaptée.

Pour une école pleinement inclusive, l'élève doit pouvoir évoluer dans un environnement adapté à ses besoins, aussi bien sur les temps de cours que sur les temps périscolaires. Or, les préconisations faites par la loi de 2005 et dans les rapports annuels de l'Observatoire National de la Sécurité et de l'Accessibilité des Établissements d'Enseignement ne sont pas encore effectives dans l'ensemble des établissements scolaires. Cette absence ou ce manque de locaux adaptés est l'une des raisons pour lesquelles il est difficile d'organiser des unités d'enseignements externalisés, consistant à implanter des classes issues des établissements médico-sociaux au sein d'une école, d'un collège ou d'un lycée.

Outre le bâti, **l'aide humaine pour les enfants en situation de handicap est également une question centrale**. La situation s'est en effet aggravée depuis quelques années car le nombre des accompagnements notifiés par la MDPH croît plus rapidement que le nombre des postes AESH correspondant. Par ailleurs, la flexibilisation de l'accompagnement avec une mutualisation d'AESH tend à se généraliser. Concernant les AESH, la loi du 16 Décembre 2022 visant à lutter contre la précarité des accompagnants d'élèves en situation de handicap et des assistants d'éducation modifie les conditions de recrutement. Cette loi permet la "cédésation" des accompagnants d'élèves en situation de handicap au bout de 3 ans et confirme la possibilité de "cédésier" les assistants d'éducation au bout de 6 ans, après deux contrats à durée déterminée. **Les avancées sont donc notables, mais toujours insuffisantes.**

L'accessibilité repose également sur une **accessibilité aux supports pédagogiques**, bien souvent oubliée par les pouvoirs publics, avec la mise à disposition de documents adaptés respectant les normes d'accessibilité.

Depuis 2019, un Comité national de suivi de l'école inclusive est installé et permet de suivre le déploiement de l'école inclusive. Cette feuille de route partagée du ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse et celui des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées présente trois objectifs :

- Renforcer les espaces de concertation au niveau national et mieux piloter l'action sur les territoires.

- Garantir l'adaptation des projets personnalisés de scolarisation.
- Poursuivre les actions de formation des personnels.

La construction de réponses cohérentes, adaptées aux besoins des élèves doit nécessairement passer par **une meilleure coordination des acteurs** : famille et élève, milieu scolaire, médico-social, libéral, sanitaire.

Nous constatons également que la communication entre la collectivité et l'établissement, par une information en temps réel sur les questions touchant à l'accessibilité, reste indispensable.

PROPOSITIONS

- **Fixer un nombre d'heures d'enseignement obligatoire (a minima 12h hebdomadaire) pour tous les enfants à besoins particuliers.**
- **Inscrire dans la loi l'obligation de mise à disposition des locaux pour les ESMS au sein des écoles, collèges et lycées en cas de création ou de réhabilitation.**
- **Prévoir des enveloppes de financement spécifiques et transitoires pour accompagner la transition de l'offre.**
- **Inscrire systématiquement les enfants dans leur école de référence (cf. inscription dans la base élèves).**
- **Organiser les partenariats institutionnels entre ARS et Éducation nationale par voie de convention dans toutes les régions pour piloter la coopération entre acteurs de terrain.**
- **En lieu et place des AESH mutualisés, étudier l'affectation « d'acteurs d'accessibilité » au sein des dispositifs scolaires** permettant de développer une logique prioritaire d'accessibilité universelle, avant d'envisager, si nécessaire, un accompagnement individuel dans le cadre de la compensation.
- **Valoriser le métier d'AESH qualifié à la hauteur des besoins des élèves et développer un parcours de formation initiale pour ces professionnels.**
- **Intégrer une formation sur l'école inclusive et les besoins des élèves en situation de handicap dans la formation initiale de tous les personnels de l'éducation (un module de formation d'au moins 24 heures)** (personnels de direction, enseignants, personnels d'orientation, coordonnateurs d'ULIS, d'administration...) quel que soit le ministère de rattachement, y compris pour les acteurs qui dépendent d'autre tutelles (ATSEM, animateurs ...).

Fiche 16- Reconnaître et soutenir les « aidants »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les statistiques sur le nombre d'aidants affichent des estimations et résultats variables d'une source à l'autre. Ils seraient entre 8 et 11 millions, soit 1 français sur 6 à soutenir de manière régulière et fréquente un proche en perte d'autonomie du fait de l'âge, de la maladie ou du handicap.

Du fait du vieillissement de la population et de la transition démographique, les familles sont appelées à jouer un rôle croissant dans l'accompagnement et le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie, ainsi que des personnes en situation de handicap.

Plusieurs études montrent une dégradation de l'état de santé des aidants, avec des conséquences physiques et morales. Certains d'entre eux déclarant souffrir de problème de dos, de problèmes cardio-vasculaires ou encore de difficultés psychologiques¹⁰. Une statistique souvent citée dans les colloques, indique qu'un aidant sur trois disparaît avant la personne aidée, souvent le conjoint âgé. En sus de ces conséquences sur la santé physique et psychique, l'activité d'aidant a également des impacts notables sur la vie sociale, professionnelle, ainsi que sur les relations familiales.

La loi ASV, à travers l'acte 2 de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), a apporté un début de financement pour le répit des proches aidants avec deux mesures : le forfait hébergement temporaire et un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant.

Ces deux dispositifs présentent toutefois les défauts suivants :

- Leur montant financier est insuffisant ;
- En s'axant sur une revalorisation de l'APA, ils sont perçus comme des prestations au profit des personnes accompagnées, alors que le répit doit être une prestation au profit de l'aidant.

En effet, le droit au répit nécessite une saturation du plafond du plan d'aide APA avant d'être mobilisé (il constitue ainsi une majoration du plafonnement).

De plus, **il est nécessaire de repenser les mécanismes d'aide aux aidants à travers la prise de l'équité territoriale.** En effet, la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées a pour objectif de coordonner dans chaque département les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus et leurs financements. Un des axes de ce programme concerne notamment l'aide aux aidants. Aussi, les services d'aide et d'accompagnement à domicile peuvent prétendre à

¹⁰ CREAI RA, C. Lamy et al, Les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées vivant à domicile, 2009
Souliez, DREES, Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie, 2012
Bsenars, Abdoul Carime, DREES, L'entourage des personnes âgées en établissements : relations familiales et sociales, aides reçues, 2020

une dotation complémentaire permettant le financement d'actions de soutien aux aidants, cette mission restant facultative.

En 2019, ont été annoncées différentes priorités et mesures pour les proches aidants dans le cadre de la Stratégie de mobilisation et de soutien des proches aidants 2020-2022.

Le congé de proche aidant indemnisé pour les salariés, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les demandeurs d'emplois, a été mis en place en octobre 2020. Il permet à un salarié résident en France d'arrêter son activité professionnelle pour accompagner un membre de sa famille et est indemnisé sur 3 mois tout au long de sa carrière, alors que le congé peut être légalement pris jusqu'à un an. Le décret du 22 Juillet 2022 et le décret du 28 avril 2022 sont venus mettre en œuvre d'une part, l'élargissement des critères d'éligibilité du congé de proche aidant, d'autre part la possibilité de renouvellement exceptionnel avant terme du congé de présence parentale.

À l'occasion de la journée nationale des aidants le 6 octobre 2022, le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées a annoncé le lancement d'une nouvelle stratégie nationale pluriannuelle pour les aidants dès 2023. Elle visera notamment à :

- Renforcer le développement de l'offre de répit tant sur le plan du maillage territorial et de la capacité de réponse, que sur le type de réponses apportées et leur adéquation aux besoins ;
- Reconnaître l'ensemble des aidants : un travail sera engagé sur la définition des proches aidants dans le Code de l'action sociale et des familles, pour mieux inclure les aidants de personnes en situation de handicap et les aidants de personnes malades.

Mettre en place un dispositif d'accueil temporaire, **c'est comprendre les enjeux** pour les acteurs (usagers, aidants, professionnels). En réponse au soutien de l'autonomie, du lien social et de la vie au domicile choisi par la personne, l'offre a évolué et s'intègre aussi à une logique de parcours, de dispositif et de territoire.

L'offre de répit aux aidants se développe plus largement depuis le début des années 2010. Elle est désormais plurielle et ne se limite plus à l'accueil temporaire.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour reconnus par la loi n° 2002-2 s'inscrivent désormais dans une offre plurielle de répit et d'accompagnement, reconnue depuis le 3^e plan Alzheimer 2008-2012, avec **les plateformes d'accompagnement et de répit des aidants**, les halte-répit à domicile, le relayage à domicile, les gardes itinérantes de nuit ou de jour, les groupes de parole pour aidants, les séjours de vacances, les bistrotts mémoire ou cafés des aidants... L'ensemble de ces structures d'accompagnement et de répit répondent au double objectif d'**apporter un soutien aux aidants** et de **proposer un accompagnement pour la personne fragile et vulnérable**. L'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance (dite loi « ESSOC ») et le décret n° 2018-1325 du 28 décembre 2018 permettent l'expérimentation de dérogations au droit du travail dans le cadre de la mise en œuvre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant (relayage) ou dans le cadre de séjours de répit aidant-aidé. Celle-ci prendra fin en décembre 2023.

Ces plateformes d'accompagnement et de répit se sont considérablement développées. Côté personnes âgées, de nouvelles plateformes sont mises en route dans le cadre du plan neuro-dégénératif 2015-2019 et, côté handicap, les premières apparaissent en 2017 dans le cadre du plan autisme. Toutes ont, depuis, été interpellées par les ARS afin d'ouvrir leur accompagnement aux différentes formes de pertes d'autonomie et de handicap.

La recommandation 2011 de l'Anesm constitue un repère guidant avantageusement la réflexion des professionnels : « *Les structures d'accompagnement et de répit ont été conçues afin de permettre aux aidants de proximité de disposer de relais professionnel leur permettant de marquer une pause dans leur accompagnement rapproché... Ces dispositifs suivent le double objectif d'apporter un soutien aux aidants (information, soutien psychologique...) et de proposer un accompagnement pour la personne malade.* ».

Afin d'accroître et diversifier les solutions de répit, la Haute Autorité de santé a débuté en 2022, saisie par la DGCS un travail d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Par ailleurs, l'Uniopss a été auditionnée dans le cadre de la mission relative à l'évolution du cadre juridique et financier de l'offre de répit des aidants, confiée par Sophie Cluzel et Brigitte Bourguignon. Elle analysera la nécessité de développer une offre de répit complémentaire et devra formuler des propositions pour le déploiement d'offre de répit qui s'inscrive dans un « parcours de l'aidant ». Enfin, l'approche, trop souvent restrictive, de ce qu'est ou ce que n'est pas une solution de répit, exclut d'emblée la majorité des aidants de dispositifs qui s'apparenteraient, pour autant, à des solutions de répit. Envisager le répit exclusivement comme un temps de séparation aidant/aidé ou comme un temps dévolu à du temps de loisirs, ce qui est autrement plus restrictif qu'un temps libéré, ne correspond que partiellement aux besoins des aidants et aux variétés de profil de ces derniers, ainsi qu'à ceux de leur proche-aidé. Il convient de rappeler que le répit ne concerne pas exclusivement l'accompagnement du proche-aidé. Il s'agit aussi de pouvoir déléguer une partie de l'intendance face aux différentes fonctions dévolues à l'aidant : proche-aidant (AVS, aide à domicile, travailleur social...), parent, grand-parent, conjoint, travailleur...

En ce sens, des initiatives développées dans plusieurs pays européens, visant à octroyer des heures d'aide à domicile à l'aidant permettent, par exemple, de réduire la charge qui pèse sur les aidants, lesquels peuvent ainsi mieux assumer ce cumul de fonctions.

PROPOSITIONS

- **Ouvrir sur tout le territoire national les conditions d'accès au droit au répit** (forfait hébergement temporaire) qui reste inactivé sur de nombreux départements.
- **Permettre un financement pérenne des actions de soutien aux aidants dans le cadre de la réforme des services autonomie à domicile.**

- **Agir sur la formation des travailleurs sociaux à la relation aidants-aidés** dans le cadre d'un accompagnement global.
- **Soutenir la création et l'action des plateformes de répit et d'accompagnement des aidants**, en augmentant leurs moyens financiers et leurs ressources humaines pour élargir les publics cibles et le territoire d'intervention.
- **Aligner la durée de l'indemnisation du congé du proche aidant sur la durée du congé lui-même.**
- **Supprimer le critère d'incapacité de 80% pour l'obtention du congé de proche aidant.**
- **Développer une offre de répit sur l'ensemble du territoire, accessible au plus grand nombre d'aidants en prenant en compte leurs singularités** (aidants adolescents, jeunes aidants, fratries, etc.).
- **Apporter des financements aux dispositifs d'aide au répit en adéquation avec les besoins permettant d'assurer leur pérennité.**
- **Permettre l'accès aux solutions de répit en limitant le reste à charge pour les familles.**
- **Pérenniser et étendre au niveau national l'expérimentation de dérogation au droit du travail dans le cadre de relayage et/ou de séjours de répit aidant-aidé.**

Fiche 17- Repenser la fin de la vie

EXPOSÉ DES MOTIFS

Il n'existe pas de définition consensuelle de la fin de vie. Il s'agit d'une période dont la durée est difficile à apprécier. Alors que les 3. Art L114 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) familles et les proches en ont généralement une conception limitée aux derniers instants, les professionnels du soin et de l'accompagnement peuvent l'envisager sur plusieurs mois.

Toutefois, ce flou sémantique offre l'opportunité d'aborder la question de la fin de vie sous un prisme différent de celui habituellement adopté (essentiellement sanitaire et médical) pour y intégrer des dimensions plus humaines reflétant toute la multiplicité des situations de fin de vie.

Alors que la Convention citoyenne sur la fin de vie organisée par le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a achevé sa phase de délibération le 19 février 2023, l'Uniopss et son collectif appellent à une prise de conscience collective sur l'importance de repenser la notion de « fin de vie ».

Ainsi, et pour réfléchir ensemble à la manière de faire évoluer les pratiques d'accompagnement de la fin de vie dans une approche résolument holistique et sensible, l'Uniopss et son réseau favorisent l'expression « fin de la vie ».

Cette approche encourage l'intégration de la fin de la vie comme un sujet à part entière et de ne plus en faire un tabou. Car nier cette étape, comme taire le décès d'un proche, c'est laisser la personne accompagnée dans l'incertitude et l'inquiétude. Le silence peut alors s'apparenter à une maltraitance. Ne pas être dans le déni, c'est enfin permettre à la personne accompagnée d'anticiper cette étape de la vie, faire respecter ses choix ainsi que ses droits.

Aborder la question de la fin de la vie pour les personnes en perte d'autonomie, que cela soit dans les structures d'accueil ou au domicile, est également essentiel à de nombreux égards. Ici, la question de la fin de la vie s'inscrit dans la démarche de soins au sens large du terme (au sens de « care ») et particulièrement lorsque des pathologies se surajoutent aux fragilités déjà présentes en raison du grand âge ou du handicap.

De plus, la fin de vie peut survenir dans des circonstances inattendues. C'est le cas, par exemple, dans des structures pour enfants ou pour adultes dont les missions principales sont centrées sur l'accompagnement éducatif et social. Aborder la fin de la vie, c'est ici aussi une vigilance vis-à-vis des professionnels, pour lesquels ce sujet est souvent peu présent dans les formations initiales ou continues.

Chaque nouvelle situation exige de réévaluer et s'interroger à nouveau. On sait qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse a priori parce que toute personne s'inscrit dans une histoire singulière et réclame une attention adaptée à son profil. La structure est confrontée au vieillissement des résidents, à leur fragilité, à l'émergence de pathologies graves et à de nouvelles situations de fin de vie.

Quoi qu'il en soit, notre collectif ne peut faire abstraction du cheminement individuel, de la place et des souhaits spécifiques de la personne accompagnée.

Redonner le pouvoir d'agir à la personne accompagnée et l'accompagner dignement

Parler de la fin de la vie, rompre le silence et informer l'ensemble des personnes concernées et leurs proches de leurs droits est un préalable indispensable à la réappropriation par la personne de sa fin de vie.

Le cadre législatif existant est encore peu mobilisé. Ainsi, la possibilité de rédiger des directives anticipées, de désigner une personne de confiance, mais aussi des approches telles que la sédation profonde et continue jusqu'au décès ou le refus de traitement doivent pouvoir être beaucoup mieux connues, et plus utilisées par la personne et par son entourage en amont de la période de fin de vie.

Ce sujet ne doit pas être tabou, mais préparé autant que possible. Car la période de la fin de la vie doit être l'occasion de prendre le temps de se dire au revoir dans le respect et la sérénité.

En ce sens, les propositions présentées ci-après visent à faciliter le partage d'information sur les droits et prévoir les conditions favorables au recueil des souhaits de la personne concernant la fin de sa vie.

En établissement comme au domicile, offrir les conditions d'un accompagnement individualisé et serein par la coopération des professionnels issus des champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires

La place des professionnels sociaux et médico-sociaux, qui connaissent et accompagnent la personne depuis longtemps, est essentielle lors de la mise en place des soins précédents la fin de la vie. Et c'est particulièrement vrai pour les soins palliatifs. A titre d'exemple, les difficultés de verbalisation des personnes peuvent faire obstacle à la reconnaissance de leur douleur. Faire participer aux soins palliatifs les membres de l'équipe sociale et médico-sociale, c'est ici non seulement maintenir les repères de la personne accompagnée, mais également assurer la bonne compréhension par les équipes sanitaires des signes et communications que cette personne transmet.

Cette situation met en exergue non seulement la nécessité d'articuler finement les accompagnements habituels de la personne, notamment pour maintenir un sentiment de "normalité" mais également de renforcer les formations tant sur les aspects communicationnels que sur la prise en charge de la douleur des personnes dont les modalités de communication sont différentes de celles auxquelles ils sont habitués.

Les propositions ci-dessous participent à sortir du tout sanitaire pour créer ou consolider un maillage transversal (sanitaire, social et médico-social) en s'appuyant sur les compétences et expertises de chacun.

PROPOSITIONS

- Promouvoir les dispositions du cadre législatif actuel sur la fin de vie par une meilleure mobilisation des directives anticipées ou des personnes de confiance. Faciliter leur appropriation, tant par les citoyens que par les personnels soignants.
- Créer un répertoire national regroupant les dispositions anticipées (directives anticipées, mandat de protection future, personne de confiance), garantissant la sécurité des données personnelles et consultable par les médecins afin de proposer une prise en charge respectueuse des choix.
- Développer une culture des soins palliatifs et déployer une campagne de communication ciblée et pédagogique autour des notions de directives anticipées, personne de confiance...
- Consacrer un temps de formation (lors des formations initiales) des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux aux soins palliatifs mais aussi à l'accompagnement à la fin de la vie.
- Prolonger les acquis et assurer un partage d'expérience lors de formations continues ou de formations croisées entre les équipes assurant des missions auprès des personnes en fin de vie (Equipes mobiles de soins palliatifs, HAD...) et celles dont les missions sont moins ciblées mais peuvent être confrontées à des situations de fins de vie.
- Veiller à ce que les démarches qualités, notamment le référentiel des évaluations de la Haute Autorité de santé, intègrent la stratégie d'accompagnement à la fin de la vie
- Construire un cadre de questionnement éthique avec l'aide des ressources disponibles sur le territoire. Promouvoir et ouvrir ce questionnement éthique à des intervenants extérieurs (professionnels, bénévoles, experts).
- Soutenir les professionnels en prévoyant dans leurs structures (établissement ou service à domicile) la possibilité de bénéficier d'un soutien psychologique. Les sensibiliser aux thématiques suivantes : droits des personnes, repérage des symptômes d'inconfort, prise en compte de la douleur, communication sur la fin de vie, relation avec la personne accompagnée et ses proches, gestion du stress émotionnel, travail d'équipe et collaboration avec des partenaires extérieurs, accompagnement par des représentants de différentes confessions et cultures. Partage des savoirs et des expériences.
- Donner les moyens aux structures sociales et médico-sociales d'instaurer des temps d'analyse de situations (réunions pluridisciplinaires, analyse des pratiques...) permettant un questionnement sur le respect des droits et des souhaits des personnes accompagnées, et leur impact psychologique sur les soignants.

A l'échelle d'un territoire (le département ou le bassin de vie), identifier les acteurs en place puis communiquer et rendre lisible l'organisation et la répartition des rôles de chacun (services à domicile, établissement de santé, équipe mobile, HAD, médecine de ville, infirmiers...).

II- ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ET FORMATION

Fiche 18- Rendre attractives et revaloriser les carrières des secteurs du social, du médico-social et de la santé

EXPOSÉ DES MOTIFS

Ces dernières années de crise, sanitaire et du pouvoir d'achat, ont été l'occasion de mettre en avant le rôle des professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire dans notre société et ainsi de faire entendre le malaise qui sape l'ensemble de ces métiers de l'humain, ceux de la santé, de l'éducation et de la solidarité. Un malaise dont la cause peut être imputée, entre autres, à une réduction drastique et systématique des moyens financiers et humains accordés à ces champs d'activité.

Les revalorisations issues du Ségur et son mode d'application inégalitaire en sont un exemple. En effet, les différences de traitement entre les secteurs lors de l'attribution de la prime Covid, l'application inégale des mesures de revalorisations salariales du Ségur de la Santé puis des accords Laforcade et de l'accord du 2 mai 2022 pour les personnels socio-éducatifs **sont venus conforter, voire même amplifier, les distorsions non seulement au sein du secteur médico-social** (entre le secteur du grand âge, celui du handicap et les professionnels socio-éducatifs), mais aussi avec le secteur de la santé et celui du social.

À cela s'ajoutent les différences de traitement établies entre les établissements et services relevant d'un statut public et ceux du secteur privé non lucratif.

Pratiquant les mêmes métiers et disposant des mêmes formations, les professionnels ressentent une incompréhension grandissante quant à ces inégalités, dont la seule clé de répartition semble être le lieu d'exercice. Ainsi, l'infirmier qui exerce à l'hôpital aura une rémunération différente de son confrère qui exerce en EHPAD, dans un centre de soins infirmiers ou dans un SSIAD. De même pour un travailleur social, dont les missions peuvent le conduire à être embauché également dans un hôpital, mais également dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ou encore dans une structure de la protection de l'enfance (par exemple une MECS).

Malgré les mesures annoncées, puis mises en application, il demeure encore de nombreux « exclus du Ségur ». Ces derniers ressentent une injustice intolérable et une mise à l'écart venant éroder encore un peu plus l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social.

Les différentes études mettent en exergue qu'entre 2020 et 2050, le nombre de personnes de plus de 65 ans passera de 14 à 20 millions et que l'espérance de vie à la naissance à l'horizon 2070 atteindra 93 ans pour les femmes et 90 ans pour les hommes. Or, cette explosion du nombre de personnes âgées, qui seront pour une partie d'entre elles dépendantes, entraînera inévitablement davantage de besoins humains et des professionnels (elles) en capacité physique de le faire. Cette perspective rend d'autant plus

urgente la nécessité de revaloriser les métiers de l'accompagnement, alors que les vocations ne cessent de diminuer¹¹.

Face à cette situation critique et inédite par son ampleur, il convient de poser le bon diagnostic, en tentant de comprendre les origines du manque d'attractivité des professions du soin et du lien ainsi que les leviers à activer pour sortir de cette impasse¹².

Par ailleurs, les problématiques de vulnérabilité liées à l'âge et à l'autonomie nécessitant souvent le déploiement d'accompagnements transverses, aussi bien sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les mesures concernant l'attractivité et la revalorisation des carrières doivent s'inscrire impérativement dans une approche globale et concerner l'ensemble des professionnels de ces secteurs.

Alors que les besoins de recrutements de professionnels de terrain dans l'éducatif, l'assistance sociale, la santé, l'accompagnement et le soin au domicile et en établissements ne cessent de croître, les associations gestionnaires observent des phénomènes de fuite de professionnels d'un secteur à un autre, et même vers le secteur libéral.

Les secteurs ayant été sous-valorisés (par exemple les professionnels n'ayant pas bénéficié des mesures et primes mentionnées en début d'exposé) étaient déjà, de longue date, sinistrés et confrontés à un turn-over important et un trop grand nombre d'accidents du travail. À ce manque d'attractivité (généralisé puis renforcé par les « oublis » consécutifs), s'ajoute un fort épuisement des professionnels renforcé par une la crise sanitaire qui perdure et le manque de professionnels.

Ces difficultés en matière de ressources humaines impactent la continuité et la qualité des accompagnements et les prises en charge des personnes particulièrement fragiles et vulnérables.

Le recours à l'intérim explose : utilisé pour compenser le turn-over des équipes des équipes en sous-effectif, il y concoure également en augmentant le coût des ressources humaines pour les structures gestionnaires et en freinant l'inscription durable des professionnels dans le projet de l'établissement et de l'association.

Par ailleurs, **la reconnaissance de l'État n'est pas à la hauteur de l'action engagée par tous ces professionnels.** Ce manque de considération de la part des institutions ainsi que l'absence de visibilité de leur action, cumulés aux inégalités de traitement et de revalorisation salariaux, sont venus mettre à mal un peu plus leur identité professionnelle et leur place dans la société.

Ces professionnels ont choisi les métiers de l'accompagnement pour le relationnel noué avec les personnes accompagnées et pour le sens qu'ils attachent à leurs missions. Animés de valeurs fortes telle que la solidarité et l'utilité sociale envers les personnes les plus

¹¹ Dans son rapport remis en octobre 2019, l'ancienne ministre Myriam El Khomri, indiquait déjà que les candidatures aux concours d'accès aux professions du secteur avaient baissé de 25 % en 6 ans et estimait le besoin à 93 000 postes supplémentaires dans les 5 prochaines années

¹² Des rapports abordent ces questions de manière très claire, dont l'avis de la Commission Travail et Emploi du CESE « Les métiers de la cohésion sociale », de juillet 2022 ou encore le Livre vert du travail social du HCTS de mars 2022.

vulnérables, ils ont besoin d'être reconnu à la hauteur de leur engagement.

Aujourd'hui, alors que le collectif a tant besoin de leurs compétences, dans un contexte de pénurie de main d'œuvre en poste mais également d'étudiants, certains professionnels font le choix de quitter leur métier ou d'aller l'exercer dans un autre secteur, mieux valorisé, en dépit de l'attachement qu'ils ressentent pour leurs missions d'accompagnement.

Dans plusieurs enquêtes menées entre 2019 et 2021 auprès de leurs adhérents, le réseau Uniopss ainsi que Nexem et la Fehap¹³ révèlent que :

- **71% des établissements du secteur rencontrent des difficultés de recrutement** : 30 000 postes seraient ainsi vacants dans le secteur.
- Entre juin et septembre 2021, 90 000 salariés dont 36 000 sur ces quatre mois, ont quitté le secteur.
- En outre, les professionnels anticipent 150 000 départs à la retraite d'ici 2025 au sein des 35 000 établissements qui le composent¹⁴.

L'enquête « EHPA 2019 » de la DREES¹⁵, démontre quant à elle que l'âge moyen des soignants dans le secteur public atteint 42 ans, quand celui du personnel médical (essentiellement des médecins coordonnateurs) atteint près de 55 ans.

On peut ainsi prévoir une vague de départs à la dans les années à venir, au moment où les besoins seront en augmentation. D'ici 2030, pas moins de 245 000 emplois devraient être à pourvoir, dont 166 000 d'aides-soignants.

Les difficultés de recrutement actuellement constatées mettent en danger les associations. Et quant aux différentes mesures destinées à rendre plus attractives certaines catégories de métiers, elles rencontrent des échecs consécutifs. Face à ce double constat, il est urgent de trouver ensemble des réponses pertinentes, réalistes et ambitieuses.

Si elle ne se limite pas à cette dimension, l'attractivité est indissociable de la revalorisation salariale. Dans le secteur de l'aide à domicile, les salaires sont plus bas que la moyenne nationale. A cette information s'ajoute que le secteur est essentiellement composé de temps partiels, et que les femmes représentent 90% des effectifs.

Au-delà de la rémunération, d'autres critères sont ainsi à faire évoluer et d'autres défis sont à relever. L'ambition est en effet d'accroître l'attractivité des métiers de ce secteur, mais aussi d'assurer pour les décennies à venir des réponses de qualité à la fois dans le champ du « care » que celui du « cure ».

Répondre à cette ambition nécessite tout d'abord d'aborder les problématiques par le biais du soutien aux démarches de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT), l'adaptation du domicile des personnes et des établissements pour prévenir les accidents du travail, laisser du temps à l'accompagnement, permettre la participation des professionnels, offrir les

¹³ https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/barometre_rh_fehap-nexem_2022-01-19_17-34-28_168.pdf

¹⁴ Etude et sondage Ifop pour Nexem, février 2020 ; projections Nexem, 2020 ; Enquête Emploi Unifaf (désormais OPCO Santé), 2018

¹⁵ Rapport EHPA 2019, DREES, juillet 2020, mise à jour octobre 2022

conditions propices à des progressions de carrières, la reconnaissance des formations et des technicités... globalement, il s'agit de soutenir une image et une réalité plus positive des métiers. Que les métiers de l'accompagnement ne soient plus des orientations « par défaut » mais bien un choix de carrière et de vie. Il est également nécessaire de permettre plus de mixité, et de traduire dans ces métiers les valeurs propres à l'idéal de société inclusive.

Telles sont les conditions nécessaires pour donner du sens à l'engagement et encourager les initiatives innovantes.

La revalorisation des métiers passe aussi par une nouvelle définition de la mission des professionnels. Dans le rapport de Denis Piveteau du 15 février 2022 « Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change », ce dernier propose d'apporter une nouvelle dimension à la revalorisation des métiers en mettant en avant une mission d'envergure pour les professionnels du secteur médico-social.

Selon lui, les professionnels ont la mission « **d'aider la société à changer pour faire en sorte que chacun y trouve sa place** ». Cela relève d'une mission plus large que la seule réponse aux besoins de compensation du handicap émanant de la personne.

Les propositions ci-dessous ont été travaillées de façon à **prendre en compte ces nouvelles tendances sociétales qui infusent et qui bouleversent le rapport au travail de nombreux professionnels, et qui nécessitent de donner plus d'autonomie et de souplesse dans le travail de chacun tout en y apportant du sens.**

PROPOSITIONS

- Engager, dans chaque région, des **Assises régionales des métiers de l'humain** rassemblant les différents services de l'État, la région, les départements et les acteurs de terrain pour dresser des états des lieux partagés.
- **Réaliser une étude prospective nationale basée sur un état des lieux partagés, par les acteurs des territoires sur les besoins en recrutement du secteur d'ici 2030 (à la manière des assises régionales du travail social expérimentées).** Cette étude devra croiser :
 - Les données liées au départ des professionnels ;
 - Les entrées et sorties en formation ;
 - Toutes les données permettant de se projeter sur les besoins grandissants en nombre de personnes accompagnées (augmentation du nombre de bénéficiaires AAH, APA, démographie, pourcentage de personne vivant sous le seuil de pauvreté, augmentation du nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure de protection...) en intégrant les besoins sur une couverture nationale et les spécificités des territoires sur une échelle de bassin de vie.
- Sur la base de cette étude, décliner à l'échelle locale **un plan opérationnel pluriannuel, global et territorialisé co-signé par les départements, l'ARS, le conseil régional sur le volet formation, et les effecteurs de service.** Il prendra en compte la transversalité des métiers des secteurs sanitaire, social et médico-social et sera basé sur les besoins quantitatifs et qualitatifs. Il prévoira des actions concrètes

et propres au territoire permettant de garantir la revalorisation et l'attractivité des métiers de ces trois secteurs interdépendants. Ce plan devra permettre de construire la stratégie de recrutement en phase avec les besoins et d'organiser l'appareil de formation en conséquence, en s'appuyant sur une approche globale, concertée et complémentaire entre les acteurs et institutions ressources au sein des territoires.

- **Favoriser la coopération et la GTEC (gestion territoriale de l'emploi et des compétences) sur les territoires ruraux entre employeurs** mais également entre départements limitrophes, afin d'améliorer l'attractivité territoriale des emplois du secteur et assurer une meilleure couverture territoriale des besoins d'accompagnement. Cela peut passer par exemple par la création d'emplois partagés attractifs (CDI temps plein – sur les métiers en tension notamment), des formations partagées, la mise en œuvre de coopérations associatives (groupements d'employeurs...), un partenariat renforcé avec les acteurs du public de l'emploi, mais également, par exemple, les Coopératives non lucratives de travail temporaire spécialisées dans le médico-social, sanitaire et social (Médicoop).
- Permettre aux établissements d'être stratèges de leurs politiques RH et non seulement gestionnaires de celles-ci, en leur **garantissant des moyens pour concevoir et mettre en œuvre les mesures permettant de recruter et de fidéliser sur leurs métiers en tension et leurs métiers stratégiques (qui dépendent fortement du contexte territorial)**. Cela se traduira notamment par **l'organisation régulière de véritables dialogues de gestion dans le cadre des CPOM (cf. Fiche 29)**.
- **Promouvoir la valeur, l'utilité sociale de ces métiers, des associations aussi, et le sens de l'engagement des professionnels auprès des personnes vulnérables en perte d'autonomie**, notamment par la sensibilisation des citoyens, et rendre ces métiers plus attractifs. Cela peut passer par la valorisation des publics accompagnés par ces professionnels pour combattre l'image négative du vieillissement et du handicap dans la société, et par la pleine intégration des ESMS dans leurs territoires d'implantation, en les intégrant véritablement à la Cité et en y appliquant, autant que possible les règles de droit commun.
- **Reconnaître, valoriser et favoriser une identité commune de ces métiers et formations en communiquant sur des métiers qui pourraient, à l'instar des organisations, être « reconnus d'utilité publique »**. Dans une grande communication nationale, mettre en lumière l'intérêt des missions ainsi que, plus généralement, l'utilité du secteur pour la société et sa contribution à l'économie sociale et solidaire locale et nationale. Traduire également le désir d'engagement des professionnels à travers des communications locales et nationales.
- **Généraliser l'usage d'une carte professionnelle pour les intervenants à domicile**. Cette carte renforcera la reconnaissance de leur métier et simplifiera de nombreuses démarches du quotidien.
- **Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels par tous les moyens** : horaires de travail, équilibre vie privée/vie professionnelle, mobilité géographique, lieu d'exercice adapté, prévention des risques, déploiement d'un accueil, intégration et facilitation d'hébergement des professionnels, ou

d'emploi pour le conjoint. Le rapport rendu en février 2022 par Denis Piveteau, « Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change » met également en avant la nécessité, pour les professionnels, d'une plus grande autonomie dans la gestion du temps et des tâches.

- **Agir sur la mixité des métiers.** Ces secteurs sont en grande majorité féminisés (à l'exception des gouvernances). Agir sur la mixité peut ainsi passer par davantage de sensibilisation et d'information, notamment lors du parcours scolaire et éducatif, sur l'intérêt de ces métiers. Des leviers importants peuvent également être des revalorisations salariales ainsi que globalement des conditions de travail plus attractives (moins de temps partiels, plus de perspectives d'évolution de carrière, etc.).
- **Renforcer et structurer des perspectives d'évolutions professionnelles par des passerelles facilitées entre les formations, les métiers et les secteurs.**
- **Reconnaître les vocations et les compétences par une approche managériale adaptée,** et développer un processus pour permettre aux encadrants de reconnaître et valoriser toutes les tâches opérées à l'occasion de la réalisation du travail, et de les valider pour encourager la promotion et la montée en compétences.
- **Accompagner l'adaptation des structures aux nouvelles modalités d'accompagnement – notamment en dispositif –** et à l'évolution de leurs projets d'établissements : cela contribue en partie à l'attractivité du secteur, spécifiquement pour les nouvelles générations.
- **Accompagner et outiller les professionnels dans le cadre des évolutions, en lien avec la transformation de l'offre** (impacts sur les métiers, les pratiques et postures professionnelles, etc.) afin qu'ils se réapproprient et retrouvent le sens de leur travail. Enfin, développer des formations croisées entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales d'un même territoire.

Fiche 19 - Promouvoir la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) en faveur de l'attractivité

EXPOSÉ DES MOTIFS

Défaut d'attractivité des emplois, difficultés à fidéliser les professionnels, médiatisation des situations de travail pénibles et de leurs conséquences sur la qualité des accompagnements, nécessité d'adapter les compétences aux exigences de la transformation de l'offre d'accompagnement... **Face aux mutations et défis auxquels sont confrontés les associations sanitaires, sociales et médico-sociales il est devenu indispensable de mobiliser tous les leviers disponibles pour les accompagner dans leurs évolutions.**

L'environnement de travail des professionnels de ces structures constitue un élément majeur pour favoriser la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies et accompagnées et contribuer à la promotion de la bientraitance. **Promouvoir et travailler sur la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) dans les ESSMS est ainsi devenu un enjeu social et sociétal** de première importance pour apporter des améliorations dans l'intérêt des salariés, des organisations et des personnes concernées. La QVT est ainsi déterminée par l'utilité du travail, les relations avec les usagers, le soutien managérial, les possibilités d'échanges sur le travail et plus largement la capacité à agir sur son travail.

La nécessité de fidéliser les salariés est également au cœur des enjeux, notamment face au recours grandissant à l'intérim, malgré le coût très élevé. Ce dernier ne favorise pas la construction d'une professionnalité apte à construire puis garantir l'application de normes professionnelles homogènes et de qualité égale. Cela vient également fragiliser la solidité de la filière dans son ensemble.

Il est à noter que pour tenter de pallier ce déséquilibre, l'article 42 du PLFSS visait à limiter la possibilité, pour certains établissements de santé, laboratoires de biologie médicale et établissements médico-sociaux, de recourir à l'intérim avec des personnels en début de carrière. Or, bien que cette mesure fût intéressante, le Conseil Constitutionnel l'a censuré en le considérant comme cavalier social (ne relevant donc pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale).

Les députés ont interdit aux établissements de santé, dans le cadre de l'article 23 du PLFSS 2023, d'avoir recours à certains professionnels de santé intérimaires. Pour être recrutés, ces derniers devaient avoir déjà exercé en établissement une « durée minimale » dans un cadre autre qu'une mission de travail temporaire.

Pour les salariés, travailler au sein d'une structure pour laquelle la QVCT est prioritaire est source de nombreux avantages. Peuvent être cités :

- Le développement d'un sentiment d'appartenance plus fort au collectif associatif et faire vivre le projet associatif ;
- La mise en place d'une organisation quotidienne prenant en compte la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, réduisant le stress et les troubles musculosquelettiques ;

- Par ricochet, améliorer la qualité d'accompagnement, diminuer le *turn-over* et l'absentéisme de salariés, ainsi que les problèmes de recrutement.

Voici quelques éléments qui nous paraissent clés dans la promotion de la QVCT et dont les propositions ci-dessous s'inspirent :

- **Une gouvernance participative** permet d'améliorer la mobilisation et la participation des acteurs, tout en engageant une nouvelle dynamique, mais en ne visant pas une modélisation rigide ou une normalisation systématique. Il est ainsi nécessaire, pour chaque association, de travailler sa singularité et de réfléchir aux modalités de participation adaptée, en permettant aux professionnels, mais aussi aux personnes accompagnées, à leurs proches-aidant et aux bénévoles de co-construire le projet des ESMS dans lesquels ils vivent, travaillent... et en les associant à l'organisation, entre autres des accompagnements.
- **Un financement adapté**, permettant d'offrir aux salariés et bénévoles des conditions matérielles suffisantes et un environnement de travail adapté et de vie agréable et qualitatif.
- **Une démarche de QVT, de Responsabilité sociétale et environnementale (RSE)** : le développement des temps d'analyse de pratique, de réflexion éthique est à encourager pour l'ensemble des ESMS en tant que pourvoyeur de sens, d'appui au développement d'une dynamique de groupe...
- **Un projet associatif directeur et connu mettant en avant des valeurs communiquées partagées** : définir et poser le projet de l'association est un acte directeur et structurant. Mais il est indispensable d'appliquer ces valeurs en interne et de les faire vivre. Les dernières décennies ont amené plusieurs évolutions majeures : évolution de la conception du travail, massification de la pauvreté, fragilités psychologiques aux causes multiples, évolution des publics et de leurs attentes, déstabilisation des valeurs. Ces évolutions viennent parfois questionner les professionnels quant au sens de leur engagement. Il est nécessaire de renforcer le sentiment d'appartenance à un collectif d'impliquer les professionnels dans un projet structurant basé sur des valeurs partagées, construit collectivement avec les parties prenantes.
- **La place des personnes accompagnées** : la personne n'est plus objet de soins mais sujet de droits. Et cela suppose de travailler autrement, avec les aidants, les bénévoles, et avec les personnes elles-mêmes. La logique d'inclusion, d'autodétermination et de pouvoir d'agir suppose aussi de tableur sur une relation différente avec la personne accompagnée. Il faut pour cela sensibiliser et former les professionnels à ces nouvelles postures, ainsi que les personnes accompagnées elles-mêmes.
- La reconnaissance que **la « performance » de l'action associative sanitaire sociale et médico-sociale repose essentiellement sur le niveau de qualité de vie au travail et donc d'engagement des professionnels qui en sont les acteurs**. Ainsi, quel que soit leur niveau de qualification, il est essentiel de reconnaître tous ces professionnels comme des experts de leur métier, nécessaires au bien être sociétal.

PROPOSITIONS

- **Soutenir financièrement des démarches de QVCT et de RSE dans les associations** et améliorer les marges de manœuvre financière des ESMS, pour être en mesure d'agir résolument sur les conditions de travail.
- **Financer des formations de management participatif, horizontal, bienveillant** qui soit plus en phase avec les la transformation des organisations en cours et l'évolution du rapport au travail des professionnels à minima pour les cadres dirigeants et cadres intermédiaires.
- **Augmenter les taux d'encadrement de manière à accroître le temps de présence et d'accompagnement auprès des personnes pour les professionnels de terrain** mais également le temps des encadrants qui sont pour beaucoup monopolisés par les aspects de gestion ; L'objectif serait de leur permettre de pleinement élaborer et suivre au sein de leur établissement ou services une véritable ingénierie et politique RH ambitieuse et adaptée,
- **Faire évoluer et assouplir les modes de contrôle** (y compris le contrôle des salariés par le *reporting*) **tout en assurant des accompagnements de qualité** : le premier confinement a montré que les accompagnements s'étaient faits avec moins de contraintes administratives (moins de *reporting* signifie plus de temps pour chaque accompagnement et donc plus de qualité relationnelle, plus d'humain, plus d'aller vers amenant à plus de sens du travail et plus d'engagement).
- **Compléter les démarches de QVCT par une réelle politique de soutien aux conditions d'emploi** dans le secteur social, médico-social et santé pour tous les professionnels **souvent soumis à de fortes tensions et qui aspirent également à un meilleur équilibre vie professionnelle/vie privée** (ex : mise en place de «*pool*» permettant de soutenir les équipes qui ont besoin d'aide sur le plan de la logistique ou sur le plan opérationnel (prise en charge des frais de mobilité, mise à disposition des véhicules...) et de soutien spécifique aux managers (directeurs et cadres) dans leurs missions de management, d'accompagnement et de conduite du changement.
- **Financer des temps d'expression des équipes** (espaces de discussion entre décideurs, concepteurs et acteurs du travail / incluant l'aide à domicile) sur leur travail, afin de reconnaître leur capacité à agir et à ajuster les conditions de réalisations concrètes de leur travail.
- **Adapter le cadre légal pour réguler le recours à l'intérim dans notre secteur d'activité**, à l'instar de l'encadrement de l'intérim médical et des contrats de gré à gré ou de vacation entré en vigueur dans les hôpitaux le 3 avril 2023.

Fiche 20- Lutter contre la sinistralité et l'absentéisme

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le secteur médico-social, social et sanitaire a connu de profondes mutations ces 15 dernières années. Celles-ci ont aujourd'hui un impact direct sur la qualité de vie et des conditions de travail ressentie par les professionnels et, par conséquent, sur la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes accueillies ou accompagnées.

Les professionnels de ces établissements doivent faire face à plusieurs phénomènes qui entraînent une complexité accrue de l'exercice de leurs métiers : alourdissement de la charge en soins des personnes accueillies, participation et attentes plus importantes des personnes accompagnées et de leurs familles, recomposition du paysage sanitaire et médico-social et développement des accompagnements.

Dans ce contexte, on observe donc une évolution très défavorable de plusieurs indicateurs : augmentation de l'absentéisme et du taux de sinistralité (accidents du travail et maladies professionnelles), ainsi que des troubles musculosquelettiques (TMS), l'une des principales causes d'arrêt de travail et d'inaptitude médicale de salariés.

Pour rappel, les facteurs de risques des TMS regroupent les facteurs biomécaniques (répétition, effort excessif, travail statique, posture contraignante) mais également les facteurs psychosociaux (stress, charge mentale de la tâche, manque d'autonomie, impression de ne pas être apprécié à sa juste valeur).

En France, le secteur médico-social occupe la première place en termes d'affections psychiques, troubles musculosquelettiques, accidents du travail. En cause : les conditions et la surcharge de travail, les évolutions réglementaires permanentes. De plus, l'inaptitude professionnelle¹⁶ s'est nettement développée dans le secteur sanitaire, social et médico-social et les pathologies sont très variées.

Ces constats concernent tous les secteurs mais ils sont encore plus frappants **dans le secteur de l'aide à domicile**. En 2019 les métiers d'aide et de soins à domicile sont arrivés, une nouvelle fois, en tête du classement de l'Assurance maladie en matière d'accidents du travail et invalidité¹⁷, avec un indice de fréquence à 105,9 pour les salariés de l'aide à domicile. Déjà en 2018, avec 33,4 accidents du travail pour 1 000 salariés, le secteur de l'aide et des soins à la personne présentait un indice de fréquence à 97,2 (contre 56,8 dans le BTP¹⁸).

Des conditions de travail difficiles s'expliquent notamment par la **sinistralité très élevée de ces métiers, elle-même conséquence d'un manque d'effectifs dans le secteur**.

¹⁶ Se définit comme l'incapacité de certains salariés à occuper leur poste pour des raisons médicales liée à une maladie professionnelle ou un accident du travail

¹⁷ En progression constante entre 2010 et 2017, l'Assurance Maladie indiquait déjà en 2020 que l'ensemble des accidents du travail représentait plus de 16 % dans le secteur de l'aide et des soins à la personne en 2017. Cette dernière faisait état d'une hausse de la fréquence des accidents du travail autant dans les établissements qu'à domicile

¹⁸ Données 2017 publiées par la CNAMTS en 2018.

Face à cette réalité, la Cour des comptes alerte sur une « sinistralité record » du secteur du grand âge. Ce rapport ¹⁹souligne que le nombre de journées d'absences a augmenté de 41% depuis 2016.²⁰

Enfin, les nombreuses mutations vécues dans le secteur social et médico-social s'expriment par une augmentation du mal-être au travail : ainsi, selon une étude publiée en janvier 2018 par la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) de l'Assurance maladie, la part des affections psychiques dans l'ensemble des accidents du travail est passée de 1 % à 1,6 % en cinq ans (entre 2011 et 2016).

Des aides financières existent, telles que celles proposées en 2020 par l'Assurance Maladie²¹, et viennent compléter les actions de prévention des risques professionnels mises en œuvre dans les structures. Mais ces aides ne peuvent à elles seules, et sur la durée, réduire efficacement les TMS.

En effet, les mécanismes à l'œuvre sont beaucoup plus vastes. A ce jour, dans bon nombre de cas, les structures ne bénéficient pas de financements suffisants et pérennes pour mettre en place des démarches structurelles de prévention des risques professionnels. Parmi ces mesures pourrait être imaginées la possibilité de dédier du personnel au pilotage et à la coordination de ce type de démarche.

Ce dernier levier doit être particulièrement investigué car il est constaté que le taux d'absentéisme et de sinistralité diminuait lorsque les nouveaux salariés étaient mieux encadrés et accueillis, et lorsque les actions de prévention étaient mieux suivies.

Par ailleurs, depuis des années, **les financeurs réduisent de plus en plus les temps d'intervention, sans diminuer en proportion les tâches à réaliser au cours des prestations.** Cela génère des conditions de travail dégradées, un temps moindre pour réaliser les bons gestes et utiliser les bonnes postures et des situations de maltraitance tant pour les personnes accompagnées que pour les professionnels.

PROPOSITIONS

- **Obtenir le soutien des pouvoirs publics, avec des financements et toutes les actions visant à accompagner les structures dans la mise en œuvre de démarches de prévention.**
- Accompagner les structures dans le déploiement de démarches internes de prévention. **Il serait important, par exemple, de pouvoir intégrer cela dans les dispositifs proposés par la CNAM-TS.**

¹⁹ Rapport de la Cour des comptes, « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées », novembre 2021

²⁰ Dans le détail, l'on remarque une augmentation de 16% des maladies longues et de 24% des ET-MP.

²¹ <https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/entreprise/sante-travail/aides-financieres/subventions-nationales/aide-medico-sociale-domicile>

- **Permettre d'avoir des salariés dédiés aux démarches de prévention afin de promouvoir et faire vivre la culture de la prévention professionnelle.** Cela a un coût et il est nécessaire qu'il y ait une reconnaissance de ce type de postes par du financement dédié (par exemple : attribution de moyens financiers pour déployer les formateurs PRAP (Formateur en prévention des risques liés à l'activité physique) au sein des équipes. Inscrire ces démarches dans un dialogue social soucieux de conditions de réalisation du travail (considérer le temps du dialogue social comme un investissement pour un mieux-être général).

Fiche 21- Utiliser la formation comme levier d'attractivité et de sens

EXPOSÉ DES MOTIFS

La crise sanitaire et l'aggravation de la crise économique ont eu un impact notable sur les conditions de travail des salariés et des dirigeants du monde associatif. Les pertes d'emploi ont accru la charge des salariés restants, et les publics, toujours plus nombreux, nécessitent une prise en charge souvent plus délicate. A ces constats s'ajoutent une complexité administrative croissante et des financements restreints.

Les évolutions des politiques sociales et les difficultés grandissantes d'inclusion sociale d'un nombre grandissant de personnes rendent nécessaire l'adaptation des pratiques des travailleurs sociaux chargés de la mise en œuvre de ces politiques. L'évolution de la qualification des travailleurs sociaux constitue un des leviers d'action importants pour garantir une adéquation de leurs pratiques professionnelles aux besoins des personnes, qu'il s'agisse des contenus et modalités de la formation diplômante, du renforcement de la qualité de l'appareil de formation ou encore des partenariats avec les universités pour développer la recherche.

Les tensions et les normes de productivité augmentant, le sentiment de perte de sens de la mission et l'intérêt de plus en plus marqué pour la question du bien-être des salariés au travail se sont développés, aggravés par un manque de reconnaissance général de leur action et de leur utilité. Cette situation a été renforcée par la crise sanitaire. En effet, les travailleurs sociaux ont été au cœur de la crise et ont souvent eu le sentiment d'être invisibles, tant au niveau national que local.

Or, c'est la partie la plus vulnérable de la population qui a été la plus touchée par la crise, et qui est accompagnée principalement par les travailleurs sociaux. Le travail social est ainsi un pilier essentiel à la cohésion sociale et à la solidarité envers les plus vulnérables.

Une politique interne en faveur de formations au bénéfice des parcours professionnels des personnes, des formations de maintien à niveau, au même titre que l'adoption par l'entreprise d'une politique de responsabilité sociale et environnementale (RSE) forte ou encore un dialogue ouvert et bienveillant entre les parties prenantes, peuvent être un levier pour lutter contre le sentiment de perte de sens et d'attractivité de professionnels.

Au-delà de la pénurie de professionnels, se pose en effet la problématique du profil de nouveaux personnels qui apparaissent moins armés pour travailler en autonomie, notamment au domicile des personnes accompagnées.

Pour ne pas augmenter le risque de déqualifier les métiers de l'accompagnement, il convient de renforcer la formation des professionnels. A titre d'exemple, accompagner une personne âgée à domicile nécessite une formation minimale. Cette formation concerne non seulement la communication avec des personnes pouvant présenter une pathologie neuro-évolutive mais aussi le repérage des signes de fragilité ou de l'épuisement des aidants, les besoins d'adaptation du logement...

De plus, il est nécessaire d'être attentifs aux effets pervers de certaines mesures, comme les expérimentations type « job étudiant », associées ou non à des temps de formation « flash » et visant à compenser le manque de professionnels dans les établissements et services. Ce type de mesures, prises souvent dans l'urgence pour répondre à une double problématique (ici absence de jobs étudiants et difficultés de recrutements en ESMS), induit des risques à moyen et long terme. Ces risques portent sur la valorisation des métiers ainsi que sur une potentielle déqualification et déprofessionnalisation du secteur. En effet, il paraît contre-productif de mélanger les vulnérabilités (précarité étudiante et perte d'autonomie).

La formation doit également se voir porter une attention toute particulière car elle est garante de la mise en place d'un véritable parcours professionnel et de la possibilité de passerelles vers d'autres métiers.

Cette mise en place d'un parcours professionnel, répondant à la problématique de la sinistralité prégnante du secteur, est un levier pour renforcer l'attractivité des métiers concernés. Cette attractivité est importante pour que les associations puissent assurer leurs missions, maintenir et développer les emplois liés à leurs activités, rayonner dans la vie locale et citoyenne et conforter le tissu social.

Si la mobilisation d'étudiants dans le cadre de « job étudiants » n'est pas encouragée, il est important que les étudiants choisissant les secteurs de l'accompagnement social et médico-social puissent trouver des terrains de stages.

En effet, les jeunes diplômés sont confrontés à la réalité des métiers du médico-social, lesquels sont considérés comme des métiers difficiles. L'une des pistes à explorer concerne la découverte du milieu professionnel *via* l'apprentissage ou l'alternance. Cependant, on peut observer une baisse des étudiants en formation initiale mais également parfois des difficultés à trouver des terrains de stage. **Ainsi en 2022, près de 30 % des candidats sur Parcoursup ont formulé des vœux pour réaliser des études dans le secteur.** Pour autant, seulement 10 % d'entre eux intègrent le secteur.

Dans son rapport remis en octobre 2019, l'ancienne ministre, Myriam El Khomri, indiquait déjà que les candidatures aux concours d'accès aux professions du secteur avaient baissé de 25 % en 6 ans et estimait le besoin à 93 000 postes supplémentaires dans les 5 prochaines années. A cela s'ajoute les mauvaises orientations, puisque les élèves en échec scolaire sont souvent orientés vers les professions d'aide-soignant ou d'auxiliaire de vie, sans qu'ils connaissent les enjeux de ces métiers.

La situation est alarmante pour les associations qui ne parviennent plus à recruter pour répondre aux demandes d'accompagnement, et dans un contexte de personnel et de budget restreints, les employeurs hésitent à faire appel à des stagiaires, au détriment de la formation des professionnels de demain.

Les enjeux concernent donc aussi bien les formations initiales que celle devant être menées tout au long de la vie professionnelle pour permettre aux salariés de monter en compétence et aux établissements de faire face aux besoins RH.

PROPOSITIONS

- **Adapter le dispositif de formation professionnelle pour permettre aux structures de mettre en œuvre une politique de formation attractive**, dans un secteur où le défaut d'attractivité est avéré. Il est important de mentionner qu'avec la dernière réforme de la formation professionnelle, le budget alloué pour les actions de formation des associations est souvent insuffisant, surtout pour les structures de taille intermédiaire qui ont du mal à accompagner leurs salariés dans leurs besoins de formation (car elles n'ont pas assez de fonds propres).
- **Reconnaître et valoriser les métiers** (avec des formations reconnues également dans un parcours certifiant et diplômant et qui amènent à des revalorisations salariales, soutenues par les financeurs publics).
- **Développer un partenariat avec l'Éducation nationale pour que ces métiers et les parcours de formation soient valorisés dès le collège auprès des élèves**. Cela concourrait aussi à la mixité des formations et des métiers.
- **Élaborer un plan de coopération au service de la formation tout au long de la vie avec l'ensemble des partenaires de l'emploi, de l'éducation, de la formation et les employeurs** pour développer une véritable ingénierie à l'échelle locale adaptée aux besoins du territoire (recrutement par simulation, participation et visibilité dans les salons des métiers, co-construction des programmes de formation entre écoles et employeurs, planification et organisation des terrains de stage, solutions pour la mobilité, GTEC...).
- **De la même manière, développer une stratégie territoriale partagée des acteurs en matière de recrutement et ce notamment pour mieux cibler les demandeurs d'emploi en mettant l'accent sur une orientation voulue et choisie par le candidat**.
- **Développer l'apprentissage, le service civique et le service national universel pour attirer de nouveaux professionnels** (ex : en étendant le dispositif d'aides pour l'embauche d'apprentis sans condition suspensive pour toutes les structures du secteur social, médicosocial ou sanitaire).
- **Créer un contrat d'engagement de service d'intérêt social, inspiré du contrat d'engagement de service public (CESP) existant pour les études de médecine**, mais adapté dans sa mise en œuvre. Celui-ci porterait sur les métiers particulièrement critiques, sur lesquels une pénurie est attendue et prévisible dans les prochaines années et les étudiants concernés pourraient contractualiser pour servir tant dans le secteur public qu'associatif.
- **Soutenir financièrement les associations pour leur permettre d'accueillir des stagiaires et des apprentis** dans des conditions adéquates et offrir des lieux d'accueil pour les étudiants concernés (ex : mise en œuvre d'une allocation forfaitaire

aux étudiants en dernière année d'études (AS et IDE) dans plusieurs SSIAD et EHPAD dans le cadre d'un appel à projet.

- **Mettre en place une politique incitative de formation en adaptant le coût de formation pour les personnes non salariées** (étudiants, demandeurs d'emplois) dans les secteurs en tension (tels que le secteur Infirmier) dans un contexte où la précarité des étudiants s'est étendue avec la crise sanitaire.
- **Proposer un emploi direct à la sortie du cursus de formations diplômantes**, en lien avec les besoins des employeurs (sécuriser l'accès à l'emploi à partir de l'entrée en formation), ce qui participera à rendre ces formations plus attractives pour les jeunes.
- **Revoir les équivalences de diplômes** (notamment en travaillant sur les transferts de compétences) pour favoriser l'accès à la formation aux personnes en cours de reconversion professionnelle.
- **En parallèle, déployer les offres de formations courtes** (cf. Circulaire interministérielle du 12 décembre 2021 relative à la mise en place d'une campagne de recrutement d'urgence sur les métiers du soin et de l'accompagnement, dans les secteurs sanitaires, du grand âge et du handicap) **ainsi que les accompagnements à la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour les professionnels « faisant fonction »** n'ayant pas tout ou en partie les qualifications requises. Ainsi, il s'agirait de réfléchir à un dispositif national qui donnerait plus de visibilité mais surtout d'harmoniser les pratiques des financeurs (et notamment des ARS) en la matière.

III- GOUVERNANCE, PILOTAGE ET ARTICULATION DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

Fiche 22- Donner les justes financement et périmètres à la 5^e branche Autonomie

EXPOSÉ DES MOTIFS

La construction d'une cinquième branche de la Sécurité sociale est une revendication forte de l'Uniopss, qui plaide de longue date pour un financement des politiques nationales et locales de l'autonomie, par la solidarité nationale, et à partir d'une assiette la plus large possible.

Les travaux menés au cours de l'année sur la structuration du fonctionnement de la 5^{ème} branche ont abouti, en mars 2022 à la signature de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) qui fixe les objectifs et permet à l'État de doter la CNSA de moyens humains et financiers pour la période 2022-2026. La caisse dispose donc désormais de ressources propres, pour l'heure à périmètre législatif constant.

Lors du conseil de la CNSA, le 8 décembre 2022, le budget rectificatif 2022 à 37,2 milliards ainsi que le budget initial 2023 à 38,6 milliards ont été votés. Les déficits de la branche Autonomie présentés dans le budget rectificatif 2022 (482 millions d'euros) et dans le budget initial 2023 (1,4 milliard d'euros) suscitent pour le réseau de vives inquiétudes au regard des besoins d'accompagnement restant à couvrir et pouvant laisser présager la possible réduction des financements au « strict nécessaire » et de plus grands restes à charge pour les personnes concernées. Par ailleurs, dans son rapport de 2019, **c'est à 9 milliards d'euros supplémentaires que Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS), estimait les besoins de financement complémentaires pour le secteur autonomie, à l'horizon 2030. Or, pour le moment, la trajectoire prévoit 2,7 milliards supplémentaires à partir de 2024....**

Sur le périmètre, si la COG court jusqu'en 2026, l'ambition affichée est plus lointaine et vise à **structurer les éléments d'une politique autonomie**. La CNSA se donne ainsi « 5 ans pour consolider le service public de l'autonomie sur l'ensemble du territoire », lequel devra permettre « la réponse aux besoins des personnes à l'horizon 2030 ». **Ces avancées prometteuses n'évincent donc pas la grande question du périmètre de cette nouvelle branche**, qui devra nécessairement évoluer pour prendre en compte l'ensemble des besoins des personnes nécessitant un soutien à l'autonomie et permettre le fonctionnement du secteur. Sans une réflexion d'ampleur, la « politique de l'autonomie » de 2030 risque de laisser perdurer la complexité, les différences de traitement et les inégalités en fonction du financeur et/ou du territoire concerné.

Comme le dénoncent les acteurs du secteur, la création de la branche n'a pour le moment aucun impact significatif, par exemple pour les SAAD, en termes de mode de financement, d'égalité territoriale de traitement et de relations avec les financeurs.

Plus largement, la question de l'intégration de l'aide sociale départementale au périmètre de la cinquième branche doit être posée.

Les réflexions devront aussi intégrer la question du droit personnalisé à prestations. Ainsi le récent, rapport de la Cour des Comptes²² faisant le bilan de la décentralisation 40 après relève la nécessité de construire un "*socle commun de services, adossé à des barèmes minimaux pour les prestations monétaires d'aide sociale*". Trois recommandations sont formulées pour ce faire : rationaliser le déploiement des politiques sociales dans les départements, améliorer les outils de gestion et surtout **repenser le financement**.

La question du financement figure parmi les problématiques clés abordées par la cour. Au regard d'une "*dynamique de moyen et long terme soutenue*" pour l'ensemble des dépenses sociales départementales — tout particulièrement l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et possiblement la prestation de compensation du handicap (PCH) —, les auteurs du rapport jugent les mécanismes historiques de financement "*inadaptés*" et s'inquiètent de la soutenabilité du dispositif actuel. Plaidant pour davantage de lisibilité, et afin que la maîtrise de la dépenses "*conserve une dimension incitative*", les magistrats financiers préconisent de ce fait la mise en place d'une "*dotation de solidarité*" ou "*dotation d'action sociale*" à hauteur de 60 % à 70 % de la dépense réelle relative aux aides individuelles de solidarité.

Financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour la fraction APA-PCH, son montant serait revu tous les trois à cinq ans.

Son financement pourrait être réparti entre départements sur la base de leurs dépenses constatées – un mécanisme de péréquation "*renové*" en somme répondant à l'objectif d'équité territoriale cher à la Cour des comptes. S'y adjoindrait une enveloppe complémentaire de l'ordre de 10 % à 20 % de la dépense, attribuable quant à elle sur la base d'objectifs de performance négociés dans le cadre d'une contractualisation avec l'État ou ses opérateurs, à l'instar de la CNSA. Enfin, le solde, représentatif de 10 % à 30 % de la dépense, serait financé par les autres ressources globales des départements – une approche qui inciterait ces derniers "*à maîtriser la dynamique de leurs dépenses*".

PROPOSITIONS

- **Assurer une dimension interministérielle aux sujets portés par la 5^e Branche**, notamment à travers un plan interministériel et pluriannuel de prévention et d'accompagnement de l'autonomie.
- **Étudier des scénarii de financement complémentaires (outre ceux prévus pour 2024) pour construire un système avec une répartition des coûts et une prise en charge pérenne et efficace à la hauteur des besoins réels des citoyens sans répercussion financière pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.**

²² Rapport public annuel 2023 Cour des Comptes – « La décentralisation 40 ans après » - Mars 2023

- **Faire converger les travaux de concertation pour la structuration des politiques publique en direction des personnes âgées et du handicap (Conseil National de la Refondation du Bien Vieillir et Conférence Nationale du Handicap) pour travailler sur une réflexion de fond** (au-delà de la question des publics handicapés vieillissants) sur la structuration de la branche autonomie Cette concertation croisée pourra par exemple porter sur :
 - Le mode de financement État-Département et autorités de tarification effecteurs de service sur le champ personnes âgées/handicap, l'égalité territoriale de traitement, les relations entre effecteurs de service et les financeurs.
 - La question de l'intégration de l'aide sociale départementale au périmètre de la cinquième branche doit être posée.
 - La question du droit personnalisé à prestations.

Fiche 23- Impulser la mise en œuvre d'un Service Public Territorial de l'Autonomie (SPTA)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Dans une logique de convergence de politique de l'autonomie sur un sujet qui rejoint celui de la gouvernance et de la mise en œuvre opérationnelle de la 5^e branche, **l'Uniopss souhaite qu'une nouvelle dynamique soit lancée pour garantir un parcours simplifié et des services de meilleure qualité pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap.**

L'objectif serait de capitaliser sur les logiques de rapprochement territorialisé déjà expérimentées par les différents acteurs de l'autonomie. En effet, de multiples dynamiques de coordination, de parcours, de simplification ont été engagées au niveau national et/ou local depuis principalement des années 2010 : Réponse Accompagnée Pour Tous, Maisons Départementales de l'Autonomie Dispositifs d'appui à la Coordination, communauté 360... La proximité des logiques d'intervention entre le champ des personnes âgées et le champ des personnes en situation de handicap concernant les dispositifs d'accès aux droits plaide en faveur du rapprochement effectif de l'organisation des services.

Le rapport « Vers un service public territorial de l'autonomie » remis en mars 2022 par Dominique Libault préconise un rapprochement territorialisé des différents acteurs de l'autonomie : du sanitaire et du social d'une part, et des collectivités territoriales, de l'État, des ARS et de la Sécurité sociale d'autre part.

Cette nouvelle dynamique de rapprochement territorialisé des différents acteurs de l'autonomie pourrait être renforcée pour promouvoir et déployer à grande échelle un Service Public Territorial de l'Autonomie (SPTA). Toutefois, le déploiement d'un SPTA ne peut se faire qu'à la condition de la suppression des barrières d'âge et de la convergence de prestations (notamment la Prestation Autonomie Universelle) en garantissant a minima les acquis de la PCH et de l'APA.

Il est important de noter que ce SPTA ne viendra pas s'ajouter au millefeuille existant de dispositifs, structures, etc. doit au contraire constituer un outil au service d'une meilleure lisibilité et d'une plus grande efficacité de l'action des différents acteurs en matière d'accompagnement. La structuration de ce service public pourrait s'appuyer sur un guichet unique dont la gouvernance devrait reposer sur un statut de Groupement d'intérêt public (GIP) permettant aux partenaires publics et privés de mettre en commun des moyens pour la mise en œuvre des missions d'intérêt général. Cela offrirait également les garanties à une gouvernance tripartite. Un point de vigilance porterait également sur la mise en place de modalités d'évaluation spécifiques au SPTA, pour répondre au plus près aux besoins des personnes.

La proximité des logiques d'intervention entre le champ des personnes âgées et le champ des personnes en situation de handicap concernant les dispositifs d'accès aux droits plaide en faveur du rapprochement effectif de l'organisation des services, en veillant à préserver les acquis en matière de politique du handicap. Par ailleurs, la création et la mise en œuvre d'un SPTA, marquerait positivement la création de la branche autonomie, comme celle des MDPH a symbolisé la loi de 2005.

Il est à noter que, parce qu'il garantit la mise en œuvre concrète de ces droits, le SPTA engage un spectre très large de compétences dans les domaines de la santé, de l'hôpital, de la médecine de ville, du domicile, du logement, de l'emploi, de l'école, de la ville, des commerces, de la culture, de l'urbanisme, de l'environnement, des transports... L'enjeu de gouvernance et de mobilisation des différents acteurs doit donc être au cœur des réflexions.

PROPOSITIONS

- **Créer des SPTA qui auront pour principales missions :**
 - Un guichet unique pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap, les aidants, ainsi que les professionnels de santé et des secteurs et médico-sociaux ;
 - Un bouquet de services large, lisible et évolutif (accueil, information et sensibilisation, orientation et mise en relation, actions de repérage et de prévention...).
- **Généraliser les SPTA et établir un cahier des charges unique.**

Fiche 24- Renforcer la gouvernance territoriale des politiques de l'autonomie

EXPOSÉ DES MOTIFS

Dans les secteurs de l'accompagnement sanitaire, social et médico-social, les conditions qui permettent aux autorités de tarification et de contrôle sur chaque territoire de s'entendre sur la gouvernance et de convenir d'une méthodologie commune s'appuyant sur un diagnostic partagé vise à simplifier la gestion pour les acteurs de terrain et de prendre en compte les aspirations des personnes concernées.

L'Article 1^{er} de la proposition de loi « Bâtir la société du bien vieillir en France », propose de créer la Conférence nationale de l'autonomie, qui piloterait la politique de prévention et détaillerait ses missions. Elle définirait des orientations prioritaires pour les actions mises en œuvre par les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif, dans le cadre d'un plan pluriannuel. Cette proposition nous paraît pertinente, si tant est qu'elle trouve une réelle effectivité, et une traduction au niveau local.

À ce stade des réflexions, le réseau de l'Uniopss estime par ailleurs, qu'il serait intéressant de proposer sur les territoires (niveau départemental) **une gouvernance rénovée, qui sur le modèle du Conseil de la CNSA de façon déconcentrée, intégrerait l'ensemble des parties prenantes** : tant les gestionnaires du secteur médico-social social (dont les services à domicile) que les personnes accompagnées et/ou leurs représentants, et les autorités de tarification et de contrôle (ARS, conseil départemental).

Ce « Conseil départemental de la solidarité et de l'autonomie » pourrait être sous-tendu par **un contrat départemental pour l'autonomie** qui déclinerait et assurerait la mise en œuvre au niveau local d'un programme commun d'organisation de l'offre, en suivant les orientations de la CNSA et de la Conférence nationale de l'autonomie. Ce programme serait travaillé à partir d'une évaluation locale des besoins, depuis le domicile jusqu'aux établissements, et fixerait les budgets ad hoc. A ce titre, le modèle des schémas territoriaux de service aux familles pourrait servir d'inspiration.

Au-delà de la structuration de cette entité, **il nous apparaît essentiel d'investir cette nouvelle instance d'un réel pouvoir décisionnel de l'ensemble des parties prenantes du secteur au niveau territorial soit en créant une gouvernance ad hoc soit en partant d'instances existantes rénovées.**

Ce modèle de gouvernance pourra ainsi être déployé à partir des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie ou en rénovant les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie pour y intégrer un champ de compétence plus large, avec la représentation des acteurs nommés ci-dessus.

PROPOSITIONS

- **Veiller à impulser depuis l'échelon national une dynamique interministérielle aux politiques de l'Autonomie** à travers une Conférence nationale de l'Autonomie, dont les objectifs et actions seraient déclinés au sein d'un **plan interministériel et pluriannuel de prévention et d'accompagnement de l'autonomie**. Ce plan devra prévoir des objectifs concrets à atteindre pour l'inclusion de tous et l'accessibilité universelle. Il devra être co-élaboré avec l'ensemble des citoyens et des acteurs des solidarités et avoir comme objectif premier le respect des droits fondamentaux des personnes. Il prendra appui sur une importante campagne de sensibilisation et de pédagogie en faveur de la reconnaissance de diversité des personnes et des conditions de vie comme moteur du lien social.
- **Déployer des conférences départementales de la solidarité et de l'autonomie** » pour la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie et les reconnaître comme acteur de la gouvernance territoriale de la 5^e branche.
- Renforcer la place des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie, et celle des conseils territoriaux de santé dans la gouvernance des politiques d'autonomie.

Fiche 25- Créer un document unique de planification de l'offre dans le champ de l'autonomie

EXPOSÉ DES MOTIFS

La question de la cohérence des politiques publiques au niveau territorial est prégnante. A ce titre, une intégration ou mise en commun des différents documents de planification pourrait être intéressante. Les schémas qui définissent, au niveau régional et départemental, les orientations des politiques publiques et la planification de l'offre dans le champ de l'autonomie, peuvent donner le sentiment de s'empiler, et de manquer de cohérence.

Ainsi, les schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (relevant des Conseils départementaux) ne sont pas nécessairement la déclinaison territoriale des schémas régionaux de santé (à l'initiative des agences régionales de santé).

Pour preuve, des conseils départementaux ont pu émettre des avis défavorables sur certains schémas régionaux de santé adoptés à l'été 2018. **Cela peut questionner la cohérence globale de la mise en œuvre des politiques publiques sur le champ de l'autonomie.** Cette double compétence ARS/Conseils départementaux, ainsi que ce manque d'intégration des orientations et des outils de la planification de l'offre, ne sont pas sans conséquence pour les acteurs de terrain.

Il en est de même pour l'accompagnement et la prise en charge proposés aux personnes âgées et à leurs proches.

Demain, ces schémas devront également s'articuler avec d'autres projets territoriaux. Peuvent être cités les projets de santé des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) les projets territoriaux de santé mentale, et les projets des hôpitaux de proximité, dont on annonce – pour ces derniers – des missions gériatriques.

Plusieurs tentatives, plus ou moins fructueuses, ont cherché à instiguer une mise en cohérence entre la programmation de l'État, des ARS et celle des conseils départementaux.

À ce titre, et pour mémoire, le CASF prévoit des logiques de prise en compte croisées entre les différents outils programmatiques :

- Les présidents des conseils départementaux doivent établir leurs schémas en cohérence avec le Schéma Régional de Santé et après concertation avec la commission prévue au 2° de l'article [L. 1432-1](#) du Code de la santé publique (commission de coordination des politiques publiques L.312-5 du CASF).
- Du côté de l'ARS, le schéma régional de santé est « *établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les présidents de conseil départemental de la région et mentionnés à l'article [L. 312-5](#) du même code.* » (Article L.1434-3 du Code de la santé publique).

Toutefois, ces tentatives de coordination s'avèrent dans les faits peu effectives et le réseau de l'Uniopss propose ci-dessous des pistes de réflexions complémentaires.

PROPOSITIONS

- **Mettre en place un document unique d'orientation de politique publique et de planification de l'offre dans le champ de l'autonomie**, commun à minima aux agences régionales de santé et aux conseils départementaux, qui pourrait se décliner sur les territoires et qui serait en cohérence avec les orientations fixées par la Conférence nationale de l'autonomie nationale (cf. article 1er de la proposition de loi bâtir la société du bien vieillir en France), la CNSA et l'instance de gouvernance territoriale partagée de la 5ème branche (voir fiche précédente).
- **Transformer la commission de coordination des politiques publiques (CCPP).**
- **Associer les CRSA et CTS à l'élaboration du document unique d'orientation de politique publique et de planification.**

Fiche 26- Assurer la lisibilité et l'articulation des coopérations au service du parcours

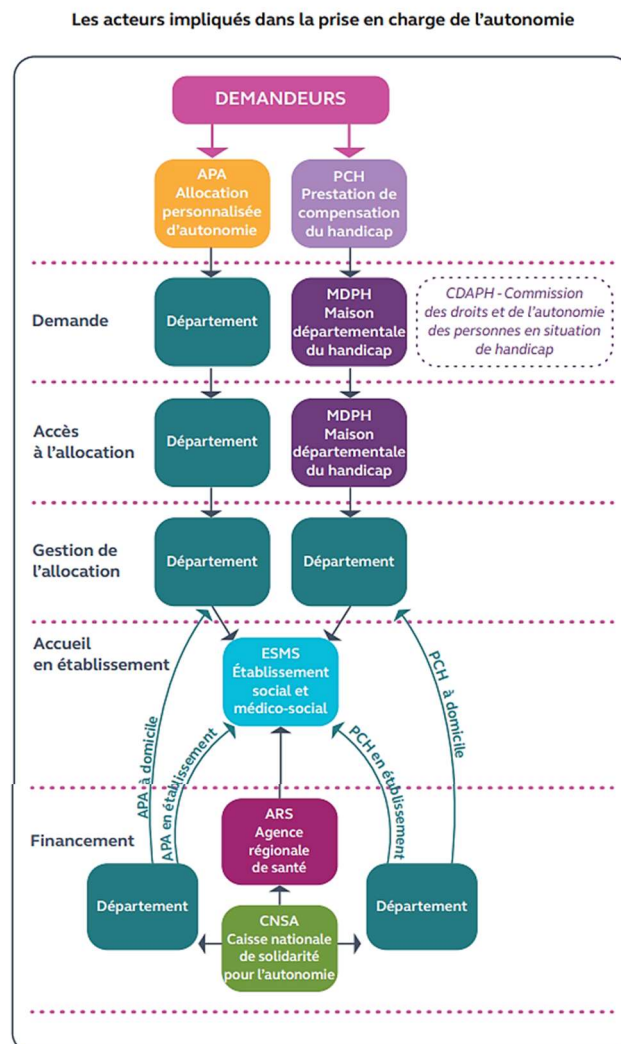
EXPOSÉ DES MOTIFS

Le vieillissement de la population, la multitude des pathologies et des prises en charge dans une logique de virage ambulatoire ainsi que la diversité des structures spécialisées et des dispositifs complexifient le paysage sanitaire, social et médico-social et diminuent sa lisibilité.

La problématique du parcours et du partage d'informations est cruciale lors de situations complexes faisant intervenir plusieurs champs de compétences. Tel est souvent le cas des parcours de personnes âgées²³ et des personnes en situation de handicap. L'objectif convergent de nombreux dispositifs dédiés à la coopération, la coordination et l'intégration des acteurs, est de permettre à la personne de bénéficier d'un accompagnement global, personnalisé, gradué, coordonné, évitant les ruptures.

Cette ambition pour la personne en perte d'autonomie d'être actrice dans chacune des étapes de ce parcours est toutefois rendue difficile par la multiplicité des interlocuteurs en présence (voir le schéma ci-dessous, issu du Rapport public annuel 2023 de la Cour des comptes intitulé

«La décentralisation, 40 ans après »²⁴)



²³ Livre blanc « Le parcours de la p <https://www.uriopss-pdl.fr/sites/>

²⁴ https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-03/20230310-RPA-2023_0.pdf

L'attachement au principe de relations partenariales respectueuses des rôles de chacun et la recherche des meilleures articulations possibles, se heurte régulièrement aux effets des cloisonnements sectoriels et institutionnels. En effet on constate des superpositions ou des carences dans le déploiement, le maillage, l'organisation, la gouvernance et le financement des structures et des espaces dédiés à la coordination et la coopération des acteurs.

À défaut de subsidiarité, l'empilement des dispositifs de coordination, censés fluidifier le secteur mais qui ont des missions et des périmètres qui parfois se chevauchent – comme les Dispositifs d'Appui à la Coordination, les Communautés 360, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé – contribuent à l'illisibilité du secteur pour les acteurs.

L'Uniopss et son réseau plaident aujourd'hui pour une mise à plat des compétences, missions et objectifs de ces dispositifs et d'un travail de fond pour assurer une plus grande lisibilité des secteurs sanitaires, sociales et médico-sociales. Une évaluation de ces différents dispositifs sous l'angle des politiques publiques qu'ils servent devra être réalisée par un ou plusieurs organisme(s) publics indépendants.

Car les acteurs de premières lignes que sont les ESMS, disposent eux aussi d'une expertise et de leviers conséquents pour mettre en œuvre les accompagnements des personnes en perte d'autonomie.

Aujourd'hui, en plus de la grande complexité de nos secteurs, un des grands obstacles à la fluidité des parcours des personnes reste la rigidité des cadres administratifs et financiers régissant les établissements et services médicaux sociaux et leur segmentation excessive.

Malgré les quelques tentatives d'assouplissement effectuées cette dernière décennie : décret des nomenclatures des ESMS handicap de 2017, réponse accompagnée pour tous pour les situations d'urgence.... Force est de constater que les alertes sur les causes de rupture de parcours bien identifiées aujourd'hui n'ont toujours pas trouvé de réponse suffisamment aboutie sur le terrain.

La conception, l'expérimentation puis le déploiement des centres de ressources territoriaux (CRT) augure un changement de paradigme intéressant. En permettant aux EHPAD et aux services intervenant à domicile de s'allier pour mettre en œuvre une nouvelle mission de centre de ressources, le CRT porte pour les ESMS les promesses d'un fonctionnement à la fois structuré (avec des missions socles) et plus souple dans ses modalités de fonctionnements. Plus qu'un simple appui aux professionnels, il s'agit donc de les coordonner pour aider les aînés à rester chez eux, quand tel est leur choix.

Un point de vigilance majeur doit toutefois être mentionné : L'approche domiciliaire, ne peut et ne doit pas se penser comme une alternative à l'EHPAD pouvant être apparenté à un « EHPAD bashing ». Les initiatives visant à remplacer le financement d'une place en établissement (et donc d'un accompagnement 24 heures/24 de la personne) par un bouquet de services à domicile doivent être condamnées fermement. En effet, un tel modèle pourrait prévoir le financement socle d'un « bouquet » ou d'un « panier » de services minimal pour la majorité des bénéficiaires, tout en laissant aux plus aisés le droit de financer par eux-mêmes et en complément les services leur permettant de bénéficier d'un accompagnement complet.

Ce modèle entraînerait ainsi une disparité forte entre les citoyens en fonction de leurs moyens financiers et laisserait ceux aux revenus les plus faibles sans aucun accompagnement ou presque.

En précisant que les prestations proposées par le centre devront s'articuler avec les acteurs déjà présents sur le territoire « *afin de veiller à ce qu'elles répondent à un besoin du territoire qui jusque-là n'était pas ou insuffisamment couvert* » sur la base d'un diagnostic partagé, le cahier des charges de la mission de CRT pour les personnes âgées offre une base de travail intéressante.

Il serait nécessaire de prolonger cette logique au-delà des EHPAD et des services à domicile, et plus globalement au-delà de la sphère de l'accompagnement des personnes âgées.

À défaut d'un tel travail de synthèse ou d'une revalorisation des compétences des ESMS, il sera indispensable *a minima* de repositionner et d'explicitier de façon concrète, simple et concise les missions et les moyens octroyés à chaque dispositif ainsi que les coopérations à faire naître sur leur territoire d'action.

Dans la continuité des sujets de gouvernance et de mise en place d'un service territorial public de l'autonomie, différents principes pourraient guider le législateur dans la recherche de gains d'efficience, de meilleure lisibilité et de complémentarité des dispositifs et méthodes dédiés à la coopération et la coordination des acteurs : une structuration des partenariats et coopérations, appuyée par une méthode partagée, inscrite dans la durée et dans la proximité pour être cohérente avec les besoins d'un territoire et des personnes ; une coresponsabilité et une co-construction avec les personnes concernées, un suivi et une évaluation permettant de réajuster les actions et de garantir l'équité territoriale.

PROPOSITIONS

- **Impulser la cartographie et l'élaboration d'un plan global et opérationnel.**
- **Créer de nouveaux outils d'évaluation des besoins harmonisés et partagés par l'ensemble des acteurs** œuvrant dans le parcours des personnes âgées et en situation de handicap.
- **Réaliser une évaluation des différents dispositifs à l'œuvre en matière de coordination des accompagnements auprès des personnes en perte d'autonomie (Communautés 360, dispositifs d'appui à a coordination, CPTS...)** par un ou plusieurs organisme(s) indépendants.
- **A minima, donner une lisibilité à ces dispositifs de coopération et de coordination** transversaux ou spécifiques aux trois secteurs interdépendants (social, médico-social et sanitaire) qui accompagnent des personnes âgées et/ou en situation de handicap.

- **Faciliter les coopérations, garantir l'équité de traitement et l'équité territoriale en adoptant une méthode partagée** – formalisation et harmonisation des modalités opérationnelles, process et outils – et s'assurer que les actions mises en œuvre et les partenariats noués répondent aux besoins des personnes.
- **Adapter les organisations institutionnelles au regard des ressources disponibles sur chaque territoire**, pour que chacun prenne sa place – organiser la coordination, la communication, la transmission entre les intervenants par le prisme de l'intérêt supérieur pour la personne accompagnée ; organiser les échanges transversaux dans l'intérêt des personnes.
- **S'appuyer sur la logique enclenchée par les EHPAD et services à domiciles ayant des missions de Centres de Ressources territoriaux pour encourager les partenariats et les partages de compétences.**
- **Financer et accompagner la structuration d'une palette de services dans le champ des personnes âgées à la manière des plateformes de service handicap en appuyant et en outillant (par le biais de conseils juridiques ou financiers...) le rapprochement des acteurs associatifs du grand âge.** La constitution d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) pourrait être une piste intéressante, en permettant l'union d'associations ou autres. Ces « Groupements territoriaux de l'autonomie » auraient pour objectifs de permettre à la personne, en fonction de l'évolution de ces besoins et de ces attentes, de pouvoir bénéficier d'un ensemble de services coordonnés à partir de son domicile et/ou en établissement, de façon fluide et sans rupture de parcours en s'adressant à un seul interlocuteur.
- **Respecter les référentiels de compétences des métiers pour déterminer les missions de chacun et chacune et ne pas organiser des glissements de tâches** sur les uns pour soulager les autres.
- Considérer la charge inhérente au développement de l'offre sociale pour partager, mutualiser, déployer les moyens, les ressources, pour inciter à la créativité.
- **Veiller à l'actualisation régulière du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)** en y intégrant, notamment, les coordonnées des dispositifs de coordination. Veiller également à son accessibilité à l'ensemble des professionnels et acteurs mobilisés tout au long du parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- **Faire appliquer concrètement le décret du 9 mai 2017** relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques.
- **Appliquer les orientations issues du rapport de l'IGAS « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap** – Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux », de mai 2021.

Fiche 27 - Inventer ensemble un droit opposable à l'accompagnement co-construit avec la personne, évolutif et respectant ses besoins

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'Uniopss et son réseau proposent d'**assortir à la mise en place du Service public territorial de l'autonomie** (ou SPTA – voir Fiche n°23) **une gouvernance et une stratégie qui encourage tous les acteurs à travailler ensemble pour trouver des solutions adaptées** (Fiches n°23 et 25).

Pour concrétiser ces objectifs et leur apporter une véritable cohérence territoriale, il est également proposé la mise en œuvre d'un **document unique de planification de l'offre dans le champ de l'autonomie** (Fiche n°25).

Ancrer ces différentes évolutions dans le droit commun et garantir leur opposabilité par la création d'un droit à l'accompagnement pour les personnes en perte d'autonomie, tant en établissement qu'au domicile, constitue pour le réseau de l'Uniopss et ses adhérents une priorité.

Inspiré que la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », lancée en 2014 dans le champ du Handicap, **le droit opposable à l'accompagnement** vise à proposer une réponse individualisée à chaque personne en situation ou en risque de perte d'autonomie.

En cas de violation de ce droit, ou d'une carence des différents acteurs (dont l'État) à le garantir, une astreinte pourra être versée à la personne à laquelle aucun accompagnement n'aura été proposé.

Il est à noter que, contrairement à la Réponse Accompagnée pour Tous, qui s'applique aux personnes exposées à un risque de rupture de prise en charge, le réseau Uniopss-Uniopss souhaite rendre opposable ce droit à la faveur de toute personne en perte d'autonomie, en amont du risque de rupture, pour lui permettre de s'inscrire ainsi dans un parcours de Vie et de Santé.

Ce droit opposable est avant tout une ambition à atteindre pour les personnes en situation ou à risque de perte d'autonomie et leurs proches : **une ambition commune pour tous les acteurs impliqués ainsi qu'une responsabilité de l'État à la mise en œuvre du Service public territorial de l'Autonomie.**

L'ambition est d'aboutir à une évolution systémique de l'organisation de la réponse apportée aux personnes et leur apporter la garantie qu'elles pourront bénéficier, à l'échelle de leur territoire (bassin de vie ou territoire limitrophe) d'une réponse plus intégrée, que ce soit à l'école, dans l'accès à la Santé, à leurs droits, dans l'emploi, aux loisirs ou dans le logement.

L'enjeu est une évolution profonde des pratiques professionnelles de tous les acteurs concernés : Agences régionales de santé, Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), Conseils départementaux, rectorats, gestionnaires d'établissements

et de services...

Le droit opposable à l'accompagnement pourrait être invoqué par toute personne en perte d'autonomie ou par un de ses proches constatant que les acteurs locaux n'ont pas mis en œuvre tout ce qui était possible pour proposer des modalités d'accompagnement adaptées.

À titre d'exemple, les obligations pesant sur les ARS pourraient correspondre à la mise en place de parcours d'accompagnement sur le territoire, par exemple :

- 1. La constitution d'un maillage territorial fort :** pour cela, les ARS travaillent en partenariat avec les **conseils généraux** et les services de **l'éducation nationale** pour mettre en cohérence leurs stratégies.
- 2. Mettre en place des parcours fluide et sans rupture :** l'objectif est d'offrir de véritables parcours pour apporter une réponse plus adaptée et personnalisée aux besoins des personnes.
 - Pour décliner cette politique, la gestion des établissements et services sanitaires et médico-sociaux doit passer d'une logique de places à une logique centrée sur **les besoins des personnes**.
 - Pour être opérationnels, les ARS élaborent avec les établissements, des contrats d'objectifs et de moyens (**CPOM**) dans le secteur de l'Autonomie.
 - Enfin, l'ARS renforce **l'animation territoriale**, la **coordination des réponses** et la **rénovation de l'offre** autour de dispositifs plus souples et de transition. Il s'agit de capitaliser les bonnes pratiques et de partager les expériences dans une **dynamique d'essaimage**.
 - Faciliter les échanges et le partage d'information entre les professionnels intervenant autour des personnes et de leurs proches. Il s'agit également de faciliter, dans le respect des droits et des choix des personnes, les échanges et le partage d'information entre les professionnels.

Enfin, le préalable indispensable à la mise en place de ce droit opposable sera **d'envisager la mise en place de mécanismes spécifiques pour réguler l'afflux de contentieux**, comme des recours préalables obligatoires ou des dispositifs de médiation, de transaction, voir même des commissions d'indemnisation ad hoc... **pour que les recours ne soient pas une fois encore laissés sans réponse.**

PROPOSITIONS

- Inscrire dans la loi que *« pour satisfaire aux obligations qui lui incombent, le service public territorial de l'Autonomie assure une mission d'accompagnement des publics en perte ou en risque de perte d'Autonomie. Dans ses domaines de compétence, l'État met en place des moyens financiers et humains nécessaires à la réalisation de cette mission ».*
- Faire peser aux acteurs compétents (autorités administratives, MDPH, Rectorat...) une responsabilité solidaire quant à la mise en place des moyens financiers et humains nécessaires à l'accompagnement des personnes.

En cas de « carence dans la mise en œuvre des moyens nécessaires », prévoir des mécanismes de sanction et de dédommagement des personnes auxquels les accompagnements auront fait défaut.

Fiche 28- Articuler les dispositifs pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap en situation de grande marginalité

EXPOSÉ DES MOTIFS

Sont constatés depuis plusieurs années une augmentation du nombre de personnes vieillissantes précaires et un accroissement difficultés rencontrées par les professionnels pour répondre à la singularité des besoins et modes de vie dans les accompagnements.

De même, de nombreux freins à l'accès à un accompagnement digne des personnes précaires en structures sociales et médico-sociales subsistent et ce de la perte d'autonomie jusqu'à la fin de vie / parmi ces freins peuvent être cités le poids des représentations et des cultures professionnelles, barrières financières et/ou institutionnelles.

Pour améliorer la prise en charge des publics vieillissants en grande précarité, il est nécessaire de promouvoir un **accueil et un accompagnement adapté au vieillissement prématuré et aux maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité** et de le décliner à travers différentes dimensions.

En termes de mixité sociale, il convient de trouver un équilibre entre des dispositifs adaptés et le retour vers le droit commun, sans créer de filière spécifique « précarité », tout en s'adaptant au parcours de la personne. Il est indispensable de communiquer auprès des acteurs, des familles et des usagers.

Pour une offre graduée d'accueil, la démarche de l'« aller vers » permet de s'adapter à la personne, à sa réalité de vie et à son environnement (rural ou urbain, collectif ou non) et de l'accompagner dans l'élaboration d'un projet de vie et du retour vers le droit commun. Dans cette perspective, l'accueil doit être maintenu en cas de « fugues » et d'interruptions de séjours.

L'entrée en structure médico-sociale doit être précédée d'un travail sur un projet de vie adapté et élaboré avec la personne en fonction de sa situation et des problématiques de santé qu'elle peut rencontrer.

Une politique commune des acteurs de la santé, sanitaire et médico-social, et du social tant au niveau régional qu'au niveau territorial (organisation d'un accompagnement concerté de la personne, gestion d'une situation complexe) repose sur un enjeu de coordination des acteurs et est liée, au niveau des institutions, aux enjeux de pilotage et de gouvernance, ainsi que de financements partagés.

PROPOSITIONS

- **Accompagner le déploiement de dispositifs « Interface » sur l'ensemble du territoire national.**
- **Associer les partenaires institutionnels et les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires à la mise en œuvre du PRAPS**, composant du PRS, et à la nouvelle gouvernance stratégique en région de lutte contre les inégalités de santé (mesure 27 du Ségur).
- **Intégrer aux équipes des établissements médico-sociaux pour personnes âgées des postes de moniteurs-éducateurs.**
- **Mettre en place une permanence d'assistante sociale dans les EHPAD** en lien avec les Conseils départementaux.
- **Développer des formations spécifiques à l'accompagnement des personnes âgées pour les travailleurs sociaux** et former les personnels des EHPAD aux spécificités de la grande précarité.

IV - FINANCEMENTS ET RÉGULATION DE L'OFFRE

Fiche 29- Faire du CPOM un véritable outil de dialogue de gestion

EXPOSÉ DES MOTIFS

Depuis plusieurs années, le contrat est le support privilégié de dialogue entre les ARS (et plus généralement l'Etat) et les acteurs du système de Santé et de la cohésion sociale. **Il constitue un outil de pilotage de l'organisation territoriale et de déclinaison de sa stratégie sur le territoire.** Si cette dynamique est à l'œuvre depuis plusieurs années sur les champs sanitaire et médico-sociaux, il se développe depuis plus récemment sur le secteur social.

Il se décline différemment selon les secteurs (sanitaire, médico-social ou social) mais il s'appuie systématiquement sur une vision pluriannuelle, une procédure de négociation, un suivi périodique prenant appui sur les outils du dialogue de gestion et une évaluation finale.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) constitue en théorie un outil de gestion des ESSMS intéressant. Toutefois, comme tous les outils, son efficacité et son efficience dépendent beaucoup de l'usage que les parties signataires en font. Le retour d'expérience réalisé met en lumière des expériences réussies tout comme un certain nombre d'écueil à éviter.

Parmi les pratiques mises en œuvre par l'Etat lors de la mise en œuvre de la démarche de contractualisation, un certain nombre suscitent l'incompréhension des acteurs privés à but non lucratif (associations, fondations, mutuelles) gestionnaires d'ESMSS.

A titre d'exemple :

- Lorsque, dès le courrier d'invitation à engager une démarche de contractualisation, les autorités compétentes précisent qu'elle se fera « à coût constant », sans même tenir compte d'un futur diagnostic de la situation.
- Lorsque les organismes gestionnaires se voient parfois imposer, de manière très normative, des objectifs et fiches actions qui en découlent, avec très peu de marges de négociation pour les adapter aux projets spécifiques et aux besoins du territoire des différentes structures intégrant le périmètre du CPOM.

Le réseau Uniopss-Uriopss est de longue date favorable à la mise en œuvre des CPOM car ils peuvent constituer des supports utiles à la gestion pluriannuelle des structures. Cette vision stratégique sur 5 ans paraît pertinente pour accompagner de façon dynamique l'adaptation,

le développement et la diversification de l'offre d'accompagnement et de soins aux personnes vulnérables.

Aujourd'hui, le réseau de l'Uniopss souhaite réaffirmer l'importance de la co-construction durant toute la vie du CPOM depuis sa négociation jusqu'à son évaluation. **A ce titre, nous militons pour faire de ce contrat un CPOM co-construit plutôt qu'un CPOM de discorde.**

Notre réseau a déjà eu l'occasion d'alerter et de constater, à de nombreuses reprises, les éléments suivants qui vont justement dans le sens d'un CPOM « de discorde ».

Peuvent être cités :

- Les difficultés à faire valoir les singularités des associations au sein des CPOM, dont le contenu est souvent uniformisé. Les autorités de tarification et de contrôle précisent, pour la plupart, qu'il n'a pas été possible de mener une concertation avec l'ensemble des structures concernées par cette réforme – au vu du nombre de contrats à signer et du délai contraint imposé.
- Des négociations partielles et un dialogue de gestion souvent inexistant ou limité à une « discussion » autour d'indicateurs standardisés.
- Un contrat trop souvent asymétrique, dans lequel les autorités de tarification et de contrôle ont un pouvoir prépondérant, se caractérisant par de possibles sanctions financières en cas de refus de signature.
- Des retards importants sur le calendrier de signature, laissant indubitablement penser que la date limite de contractualisation ne sera pas respectée.

Nous proposons ci-dessous quelques principes qui nous semblent devoir présider à l'élaboration et au suivi des CPOM, pour servir de base à nos échanges avec les autorités de tarification et de contrôle, vingt ans après la consécration légale de l'outil CPOM.

PROPOSITIONS

- **Outiller de manière efficiente les diagnostics à réaliser en vue de la signature du CPOM :** soumettre l'ensemble des parties signataires à une démarche de diagnostic partagé rigoureuse, réalisée sur un temps long de 10 à 12 mois, en concordance avec le calendrier prévu par l'arrêté de programmation des évaluations de la qualité de la Haute Autorité de santé (réalisées quant à elles par un tiers).

- **Rendre effectives les dispositions permettant aux CPOM :**
 - **De tenir compte équitablement des orientations des politiques publiques nationales, régionales et départementales** comme des propositions des organismes gestionnaires en tant que promoteurs de projets d'action sociale, médico-sociale et de santé.
 - **De prendre en compte les situations de départ des différents dispositifs existants et adapter les objectifs et les actions aux contextes et besoins spécifiques des personnes vulnérables concernées** et des territoires d'intervention.
 - **De tenir compte de l'instabilité du contexte économique et social pour l'allocation des moyens.** Se projeter sur les 5 prochaines années permet de renforcer la dimension stratégique du contrat. Toutefois, l'ensemble des acteurs s'accordent sur le fait que le contexte social et économique actuel rend cet exercice difficile. Peuvent être cités : la crise sanitaire, l'impact des revalorisations salariales consécutives, les difficultés de recrutement persistantes ou encore l'inflation. Les modalités de la fixation annuelle des moyens prévue pour la durée du CPOM comme les modes de tarification devraient en tenir compte.
 - **D'avoir une attention particulière quant à la situation spécifique de chaque structure et, en particulier, « les dettes issues du passé ».** Par exemple, les taux de vétusté des équipements, ou encore les indemnités de fin de carrière lorsqu'elles n'ont pas été provisionnées, doivent être pris en compte dans l'allocation de ressources.
 - **La négociation des moyens alloués au CPOM (voir fiche 25) doit véritablement se faire en adéquation avec les objectifs posés.** Tenir compte de l'impact de la transformation, de la diversification et du développement de l'offre pour promouvoir une société inclusive dans la négociation des moyens alloués. En effet, cette transformation et tout ce qu'elle sous-tend comme chantiers ne peut se faire à moyens constants.

Fiche 30- Refondre l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

EXPOSÉ DES MOTIFS

La réglementation relative à l'habilitation à l'aide sociale et conséquemment à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées et des personnes en situation de handicap est très ancienne et pose aujourd'hui de grandes difficultés, à la fois pour les établissements et pour les personnes accompagnées.

Dans un contexte marqué par de très fortes contraintes budgétaires, tant pour les établissements et services que pour les personnes accompagnées elles-mêmes, l'habilitation à l'aide sociale des établissements permettant d'accueillir des personnes âgées aux revenus modestes constitue un enjeu majeur de la politique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie. **Refondre l'ASH, c'est aussi agir par ricochet en matière d'accessibilité géographique et financière et d'équité de traitement, à laquelle nos associations et fédérations sont particulièrement attachées.**

Un mouvement de sortie partielle ou totale de l'habilitation à l'aide sociale des établissements est notamment à l'œuvre, que ce soit à la demande des conseils départementaux ou des établissements, qui renoncent à celle-ci pour retrouver des marges de manœuvre financières et réduire la complexité administrative déjà très pesante sur ce secteur.

Cette démarche n'est toutefois pas sans conséquence et peut engendrer de nombreux impacts négatifs à moyen et long terme. Peuvent être cités l'augmentation des tarifs, les inégalités de traitement entre les résidents, la complexité de la gestion comptable, le risque d'assujettissement aux impôts commerciaux, la diminution ou la suppression des subventions d'investissement, la perte de la capacité à recevoir certaines aides financières ou encore la reprise des excédents par le Conseil départemental avant le passage en habilitation partielle.

S'ajoute à cela, la **très forte hétérogénéité des pratiques sur le territoire**, chaque département fixant ses propres modalités de prise en charge dans le cadre de son règlement départemental d'aide sociale. Ces disparités territoriales créent des inégalités entre les établissements, aggravées encore par le contexte économique actuel.

Les premières victimes de ces inégalités territoriales sont les personnes bénéficiaires : obligation alimentaire et donc de solliciter les proches, récupération de l'aide sociale sur la succession, calcul du montant de l'aide sociale à la baisse, impossibilité pour des personnes âgées à faible patrimoine de laisser un héritage à leurs enfants... L'hétérogénéité de ce système, comme l'obsolescence de la législation, sont sources d'inacceptables discriminations et de disparités pour les personnes accompagnées et leurs familles.

Un sujet majeur et encore non évoqué est celui de l'importance du non-recours à ces aides par les concitoyens qui en auraient besoin. C'est notamment ce que relève le HCFEA dans son rapport sur le sujet²⁵: en 2018, 122 000 résidents étaient couverts par l'ASH

²⁵ https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/rapport_ash_et_subsidiarite_final._juillet2020.pdf

(dont 102 000 EHPAD) contre une estimation de 430 000 personnes potentiellement éligibles.

Ainsi, à l'instar des conclusions du rapport rendu en 2018 des députées Monique Iborra et Caroline Fiat, le réseau Uniopss-Uriopss regrette que « *l'ASH oppose à ses bénéficiaires potentiels des critères dissuasifs. À l'instar de ce qui avait été fait pour la prestation sociale dépendance, il faut assouplir ses conditions pour qu'elle devienne enfin la grande prestation de solidarité qu'elle a vocation à être* ».

PROPOSITIONS

L'Uniopss demande à :

- **Travailler avec les conseils départementaux pour harmoniser autant que possible la réglementation liée à l'aide sociale à l'hébergement**, afin de réduire les disparités entre territoires (absences, récupération sur succession...).
- **Remettre à plat des règles et des pratiques en matière d'ASH sur la base d'un rapport du gouvernement sur le bilan de la mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement.**
- **Étudier la faisabilité et l'impact d'une aide unique autonomie pour décomplexifier les démarches administratives : aide à la dépendance : APA, ASH et aides fiscales.**
- **Rendre plus accessible l'aide, en supprimant notamment la mise en jeu de l'obligation alimentaire** (comme ce qui actuellement proposé dans la proposition de loi « Bâtir une société du bien vieillir ») et en révisant les principes de la récupération sur succession. Il est à noter que certains Conseils départementaux ont déjà supprimé l'obligation alimentaire pour les petits enfants. Nous souhaitons généraliser ce mouvement à tout le territoire national.
- **Considérer le reste à vivre en fonction du niveau de ressources et du patrimoine entendu de façon large**, c'est-à-dire en fonction de l'ensemble des coûts et ensemble des revenus.
- **Créer un volet « établissement » au sein de la nouvelle prestation autonomie, dégressif en fonction des ressources et qui se substituerait à l'allocation logement et à la réduction d'impôt (cf. proposition n° 28 du rapport Libault²⁶).** Cette prestation serait dégressive en fonction des ressources. Elle serait distribuée par les conseils départementaux en remplacement de l'APA établissement

²⁶ A noter qu'il sera nécessaire de remettre à jour le montant de la prestation et les différents plafonds par rapport à ceux proposés en 2019 dans le rapport Libault. Pour rappel, dans le rapport la prestation proposée était de 300 €/mois pour des ressources inférieures à 1 600 €/mois puis dégressive jusqu'à 50 €/mois pour les personnes disposant de plus de 3 200 €/mois de ressources.

supprimée, par la fusion des sections « soins » et « dépendance ».

- **Étudier la mise en œuvre d'un bouclier "dépendance" appliqué au tarif hébergement, tel que proposé dans le rapport Libault.** Suite à plusieurs années d'accueil en EHPAD (durée à expertiser) ayant entraîné un épuisement des ressources de la personne, une aide financière pourrait lui être proposée. Cette aide viendrait couvrir le différentiel entre les ressources de la personne (y compris celles issues de son patrimoine et le tarif hébergement), sans que cette aide ne puisse être récupérée sur sa succession.
- **Réduire les délais de traitement de l'ASH et fixer un délai légal (ex: 3 mois)-** financer l'hébergement si le dossier n'est finalement pas recevable au-delà du délai légal de traitement.

Fiche 31- Harmoniser les règlements départementaux d'aide sociale (RDAS)

EXPOSÉ DES MOTIFS

La loi prévoit que le Département adopte un règlement départemental d'aide sociale (RDAS) qui définit les règles selon lesquelles sont accordées les prestations légales à la charge du Département. Ce texte précise les conditions d'octroi des prestations, les modalités de versement et de récupérations. On y trouve les dispositions relatives à la protection maternelle et infantile, au soutien à la parentalité et la protection de l'enfance, à l'inclusion sociale, aux personnes défavorisées, aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées. Le règlement d'aide sociale est un acte réglementaire qui sert de base juridique aux décisions individuelles.

Il s'agit donc d'un document de référence pour les conditions d'attribution de toutes les prestations sociales du Département. Il doit s'imposer à tous, à la fois comme référence du cadre légal de l'aide départementale et comme un guide pratique, en soutien de l'exercice des professionnels ou pour éclairer les personnes bénéficiant d'une aide sociale départementale. Néanmoins, l'hétérogénéité des règlements, voire leur absence, ne favorise pas l'équité territoriale en matière d'accès aux droits des personnes. Un meilleur encadrement des pratiques est nécessaire.

PROPOSITIONS

- **Proposer une mission IGAS sur les règlements départementaux d'aide sociale.**
- **Mener une concertation avec les représentants des Départements, pilotée par la CNSA.**
- **Saisir pour avis les CDCA sur le RDAS qui les concerne.**
- **Créer une commission de recours amiable pour les ESMS.**

Fiche 32- Permettre les absences en ESMS et garantir la liberté d'aller et venir

EXPOSÉ DES MOTIFS

Plus de 15 ans après les lois du 2 janvier 2002, du 4 mars 2002 et du 11 février 2005, notre réseau continue de revendiquer avec force l'effectivité de la mise en œuvre des droits individuels consacrés par ces textes.

Parmi ces droits et libertés, la liberté d'aller et venir est une composante essentielle de la vie des personnes, et constitue un levier incontournable au service d'une politique destinée à renforcer l'inclusion des personnes accueillies.

- ↳ **Le premier vecteur de restriction de cette liberté réside dans les carences et la confusion de la réglementation relative à la prise en compte des jours d'absence en établissement sous compétence départementale.**

Les personnes hébergées en établissement (foyers d'hébergement pour travailleurs d'ESAT, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés ou FAM, etc.) sont régulièrement amenées à s'absenter de ces derniers lors de week-ends, de retours en famille, de vacances, lors d'hospitalisation... Autant de situations quotidiennes et de motifs légitimes qui soulèvent pourtant de grandes difficultés pour les personnes accompagnées.

La réglementation relative à l'aide sociale est ancienne (la loi du 22 juillet 1983 dispose que les Départements doivent adopter un RDAS), et n'est plus adaptée ni aux besoins actuels des personnes, ni au fonctionnement actuel du secteur.

La réglementation prévoit ainsi que la question de la prise en compte des absences de l'établissement est laissée à l'entière discrétion des Conseils départementaux. Ces derniers, au travers de leur RDAS, arrêtent les dispositions qu'ils souhaitent, tant sur le nombre de jours d'absence "autorisés" que sur l'exonération ou non des personnes du paiement de leur contribution aux frais d'entretien et d'hébergement en établissement durant ces jours d'absence.

De manière très concrète, une très forte hétérogénéité des pratiques existe sur le territoire :

- Certains départements fixent une limite annuelle de 35 jours d'absence qui s'ajoutent aux week-ends et jours fériés ;
- D'autres établissent un nombre de jours d'absence plus élevé mais excluent les week-ends et jours fériés ;
- D'autres, au contraire, limitent la possibilité de s'absenter à 35 jours maximum, et font obstacle aux absences les fins de semaines ;
- D'autres encore n'abordent même pas la question des absences en établissement.

Concernant les absences de « services », la réglementation est totalement absente et laisse place à la fois à l'arbitraire et à un risque de contentieux.

Enfin, dans les cas de dépassements du nombre de jours d'absence autorisés ici aussi la situation est hétérogène. Certains RDAS prévoient le paiement par l'utilisateur de l'intégralité du prix de journée pour les absences « non autorisées », d'autres vont jusqu'à suspendre les personnes du bénéfice de l'aide sociale et à leur faire payer l'intégralité du prix de journée pour le reste de la durée de leur accueil dans l'établissement...

Pour des personnes dont les ressources dépassent rarement le seuil de pauvreté, de telles pratiques et modes de pressions sont graves et ne peuvent plus perdurer. L'hétérogénéité de ce système comme l'obsolescence de la législation sont sources d'inacceptables discriminations et disparités pour les personnes en situation de handicap et leurs familles. Ces pratiques constituent également un frein important à la liberté d'aller et venir des personnes accueillies.

A l'heure où les politiques en matière de handicap portent fièrement les valeurs d'inclusion dans le milieu ordinaire, cette situation est inacceptable.

Se pose en parallèle la question du financement des établissements pendant les absences des personnes accueillies. Question à laquelle les lacunes législatives ou réglementaires et l'absence de lien entre les différentes parties du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ne permettent en aucun cas de répondre.

On observe en effet, dans les textes, une déconnexion totale entre :

1. La facturation du prix de journée par l'établissement
2. Les conditions dans lesquelles les bénéficiaires de l'aide sociale doivent contribuer aux frais de leur accueil pendant leurs absences
3. Le financement de l'établissement par le conseil départemental

↳ **Le second vecteur de la restriction de la liberté d'aller et venir sont les mesures de contention et d'isolement dans les établissements médico-sociaux.**

Le secteur médico-social manque d'un régime juridique propre aux mesures restrictives de liberté, contrairement au champ de la psychiatrie (article L.3222-5-1 du CSP). Cependant, les lois encadrant le secteur de la psychiatrie sont inapplicables et inadaptées aux établissements médico-sociaux, puisque ces derniers sont des lieux de vie et non des lieux de soin.

Dans les derniers débats parlementaires à l'occasion du projet de loi de modernisation de notre système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé), le gouvernement s'était opposé à l'instauration d'un cadre juridique autour de la contention et de l'isolement, niant l'existence de ces pratiques dans les établissements médico-sociaux.

Le seul document juridique encadrant les mesures restrictives de liberté dans le secteur médico-social est l'annexe 3-9-1 au contrat de séjour. Cette annexe, créée par le décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016 pris en application de l'article 27 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015, a pour but d'assurer la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir, lorsqu'il fait l'objet d'une mesure de

contention ou d'isolement. Or, **force est de reconnaître qu'elle n'est pas effective : très peu de directeurs la connaissent du fait de son caractère facultatif.**

De plus, **elle n'est destinée qu'aux seuls EHPAD**, écartant le domicile et les établissements pour personnes en situation de handicap.

À cela s'ajoute qu'aucune durée maximale n'est prévue par le CASF, dans la rédaction de l'annexe (article L311-4-1). En effet l'article indique : « *Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, selon la même procédure, à l'initiative du résident, du directeur de l'établissement ou du médecin coordonnateur ou, à défaut de médecin coordonnateur, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance* ».

Pourtant, la Haute Autorité de santé a défini en 2004 un référentiel de bonnes pratiques prévoyant que la contention doit être mise en place après une évaluation pluridisciplinaire et sur la base d'une prescription médicale qui doit être renouvelée toutes les 24 heures. L'article L311-4-1 du CASF ne reprend en rien ces recommandations. L'annexe précise dans son article 4, que sa durée doit être précisée, mais il n'est en aucun cas indiqué combien de temps celle-ci doit durer.

Pour les personnes en situation de handicap, plusieurs risques existent du fait de ce vide juridique : aucune voie de recours et aucun contrôle de la mesure par le Juge des Libertés et de la Détention ne sont assurés, aucun espace n'est aménagé au sein de la structure pour les mesures de contention et d'isolement, aucune durée limitée n'est fixée ainsi qu'aucune réévaluation de la mesure et un risque d'absence de certificat médical demeure lorsqu'une mesure est mise en place, faute de médecin coordonnateur.

Pour les personnes âgées, la Défenseure des droits rappelle, pas plus tard que dans son dernier rapport du 16 janvier 2023 sur le "Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD", cette atteinte à la liberté d'aller et venir. En effet, elle constate dans son texte le recours récurrent au droit souple durant les situations de crise sanitaire ainsi que l'absence du caractère nécessaire et proportionné de ces mesures.

PROPOSITIONS

- **Établir en matière d'absences des établissements pris en charge par l'aide sociale à l'hébergement, des dispositions communes**, justes et lisibles au nom de l'équité de traitement, du respect des projets de vie des personnes et pour une société inclusive.
- **Appliquer le même cadre juridique relatif aux mesures restrictives de liberté pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées.**
- **Prévoir une réévaluation des mesures individuelles restrictives de liberté avant six mois** (l'annexe 3-9-1 prévoit une réévaluation de la mesure seulement tous les six mois).

- **Prévoir des espaces aménagés au sein de l'ESSMS pour toute mise en place d'une mesure de contention ou d'isolement.**
- **Développer des formations à destination des professionnels sur les mesures restrictives de liberté et sur les soins sans consentement.**
- **Engager une réflexion pour trouver des alternatives aux mesures restrictives de liberté.**

Fiche 33- Financer le nouveau dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS

EXPOSÉ DES MOTIFS

La réforme des évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux instaure une évaluation par un tiers – organisme accrédité – tous les 5 ans, contre tous les 7 ans précédemment, assortie d'exigences renforcées et d'une démarche d'accréditation pour les organismes évaluateurs.

Le rapport IGAS de 2016 sur les évaluations des ESSMS a souligné la disparité des aides financières accordées aux ESSMS pour réaliser cette démarche : certaines ARS n'ont accordé aucun crédit quand d'autres ont contribué au financement des évaluations externes pour plusieurs dizaines de milliers voire millions d'euros sous forme de crédits non reconductibles. Par ailleurs, des disparités ont été constatées selon le type d'établissement et service.

En 2015, selon le rapport, les coûts moyens d'une évaluation externe se situaient entre 3 563 € et 7 727 € en fonction du type et de la taille de la structure évaluée. **Avec la mise en place de l'accréditation des organismes évaluateurs, mais aussi les nouvelles exigences et méthodes employées, ces coûts pourraient augmenter.**

Les premiers retours de devis des structures devant se faire évaluer au premier semestre 2023 vont dans ce sens.

Si l'Uniopss n'est pas opposée à une évolution qui renforce les exigences attendues des organismes chargés des évaluations dans les ESSMS en ce qu'elle constitue un gage supplémentaire de professionnalisation, d'indépendance et de neutralité, **elle alerte sur le coût supplémentaire que fait peser sur les établissements et services le nouveau processus** d'accréditation des organismes évaluateurs.

L'Uniopss note qu'il était initialement prévu dans l'article 52 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022 que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie participe à la prise en charge de ces surcoûts induits par la réforme. Cet article ayant été censuré par le Conseil Constitutionnel, l'Uniopss attend s'assurer que le million d'euros annoncé dans l'exposé des motifs de l'amendement du gouvernement au PLFSS 2022 soit dûment déployé et que cela se fasse au profit de l'ensemble des ESSMS.

Afin de répondre à cette préoccupation de l'hétérogénéité des aides financières et des surcoûts du nouveau dispositif, les propositions ci-dessous ont pour objet d'accompagner dans la réalisation de leurs démarches d'évaluation l'ensemble des structures soumises à l'obligation d'évaluation.

PROPOSITIONS

- Demander au gouvernement de remettre, au plus tard au 30 juillet 2023, au parlement un rapport évaluant les coûts du nouveau dispositif d'évaluation avec des propositions afin de **garantir un accompagnement et soutien équitable à l'ensemble des ESSMS** mentionnés au I du L.312-1 du CASF dans la réalisation de leurs évaluations.
- **Mettre en œuvre les moyens nécessaires pour assurer la compensation de ces surcoûts** pour l'ensemble des établissements et services mentionnés au I. du L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles selon des modalités précisées par décret.
- Initier à nouveau la réflexion autour d'un financement des évaluations réalisées par un tiers par un organe neutre (Haute Autorité de Santé par exemple), voire que celui-ci puisse directement les assurer avec un financement prévu à cet effet.

Fiche 34- Réguler la lucrativité dans le secteur du grand âge

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le secteur du médico-social et plus précisément celui du grand âge a connu une forte instabilité en 2022, du fait du scandale qui a touché plusieurs EHPAD gérés par des structures privées lucratives.

Le 26 janvier 2022, paraissait en effet « Les fossoyeurs » de Victor Castanet, ouvrage d'investigation qui met en lumière la mauvaise gestion financière et des pratiques de maltraitance des résidents au sein de grands groupes privés lucratifs.

C'est ainsi qu'à quelques mois de l'élection présidentielle, les graves dysfonctionnements au sein d'EHPAD du privé lucratif apparaissaient au grand jour, jetant, par extension, le discrédit sur les structures associatives.

Le scandale Orpéa pose clairement la question du statut des EHPAD. À l'heure actuelle, la France compte environ **24 % d'EHPAD privés lucratifs** (dont une part importante est gérée par des groupes cotés en bourse). La question qui se pose ici est de savoir ce que nous faisons de ces établissements privés lucratifs, notamment ceux issus de groupes cotés en bourse.

Dans un premier temps, il paraissait absolument primordial d'harmoniser les obligations des EHPAD publics et privés. En effet, les groupes privés n'ont pas les mêmes obligations devant les tutelles, notamment en termes de présentation de leurs comptes, ayant obtenu cette exception au titre du secret des affaires. Le décret sur la transparence financière et la Loi de Finance de sécurité sociale 2023 viennent en partie rectifier cette situation.

Pour autant, l'Uniopss a souligné la nécessité que les mesures prises ne constituent pas une charge de travail supplémentaire pour les gestionnaires qui font déjà face à des problématiques importantes de recrutement. **Ensuite, le réseau Uniopss-Uriopss souhaite porter une réflexion nationale sur le statut des établissements à but lucratif dans le secteur du grand âge.**

En effet, au-delà des EHPAD, dans le cadre de la politique de déploiement de forme d'habitats intermédiaires, les élus locaux sont démarchés par des grands groupes commerciaux souhaitant proposer une offre d'habitat clé en main, souvent en milieu rural, pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Beaucoup d'élus se laissent convaincre par leurs projets bien qu'ils aient beaucoup de limites :

- Absence d'évaluation des besoins des personnes âgées du territoire : les projets sont clés en main, avec un reste à charge s'approchant de celui d'un EHPAD pour un niveau de prestations bien inférieur, tarif en total inadéquation avec les ressources des personnes âgées du territoire.

- Absence de partenariat avec les acteurs locaux : les projets reposent sur un fonctionnement internalisé : SAAD intégré, fourniture de la nourriture, des produits d'hygiène, animation réalisée en interne..., fonctionnement en opposition avec la politique inclusive promue par le secteur.
- Absence d'inscription de l'habitat dans une filière gériatrique : compte-tenu de l'absence de partenariat local au moment de leur conception, les projets misent sur l'accueil de personnes âgées dépendantes (GIR 2 à 4) afin de pouvoir mutualiser l'APA mais n'organisent aucun partenariat en cas de dégradation de l'état de santé des personnes.

Aussi, des conseils départementaux ont déjà fait le choix de ne pas soutenir ce type d'habitat clé en main porté par des grands groupes commerciaux.

PROPOSITIONS

- **Organiser une consultation nationale sur la question du statut des structures d'hébergement du secteur du grand âge à but lucratif**, en particulier sur les EHPAD en soumettant plusieurs scénarii, avec à minima :
 - Un scénario qui consisterait à obliger ces groupes à adopter un statut de **société à mission, créé par la loi « PACTE »**. Si une entreprise se déclare « société à mission », elle doit notamment définir des objectifs sociaux, qui sont contrôlés par un « organisme tiers indépendant », dans les dix-huit mois et ensuite tous les deux ans, ce qui représenterait un contrôle complémentaire aux contrôles existants.
 - Un scénario qui régulerait notamment la redistribution des bénéfices aux actionnaires par exemple en appliquant les conditions de l'agrément « Entreprise solidaire d'utilité sociale » ESUS) avec, notamment :
 - Le **prélèvement d'une fraction au moins égale à 20 % des bénéfices de l'exercice**, affectée à la constitution d'une réserve statutaire obligatoire, dite « **fonds de développement** » ;
 - Le **prélèvement d'une fraction au moins égale à 50 % des bénéfices de l'exercice, affecté au report bénéficiaire ainsi qu'aux réserves obligatoires**.
- **Imposer des critères de reste à charge limités pour les résidents**, d'analyse des besoins et d'inscription dans un réseau partenarial dans le cadre des appels à candidatures pour l'aide à la vie partagée dans le cadre des projets d'habitat inclusif.

Fiche 35- Revoir le financement et la tarification des EHPAD

EXPOSÉ DES MOTIFS

La réforme du financement des EHPAD, entérinée par les décrets n°2016-1814 et n°2016-1815 du 21 décembre 2016, n'a pas encore produit tous ses effets et semble entériner des situations de sous-financement passées, plutôt qu'octroyer de nouveaux moyens.

Au sujet du GMP et du PMP, plusieurs défauts majeurs sont soulignés par les adhérents de notre réseau :

- **Ce sont des outils non dynamiques.** Il est prévu que le GMP et le PMP fassent l'objet d'une « coupe », une fois en début et une fois au milieu de chaque CPOM. Dans les faits, les coupes subissent énormément de retard et ne sont pas toujours réalisées. De plus, figer des financements pendant deux ans et demi s'avère aujourd'hui inadapté, dans la mesure où dorénavant, la durée moyenne de séjour oscille entre 5 mois et 3,3 ans (Source DREES Social) avec des évolutions (troubles cognitifs, profil multipathologiques) qui peuvent être rapides, tout au long de la présence du résident. Dans la mesure où le dialogue de gestion est peu présent et n'aboutit pas sur des modifications de financements, cette photo figée au moment de la coupe semble préjudiciable au financement des établissements.
- **Ce sont des outils inégaux d'un point de vue territorial.** Ces équations tarifaires prennent en compte le point GIR Départemental. Pour rappel, en 2020, le point GIR Départemental se situait entre 6,10 € (Vienne) et 11,80 € (Guyane), pour une moyenne à 7,28 € (contre 7,05 € en 2017).
- **Ce sont des outils qui ne prennent pas en compte la préservation de l'autonomie :** en effet, les financements ne récompensent pas les établissements préservant l'autonomie du résident ou même l'améliorant puisque ces financements diminuent si le GMP ou le PMP baissent.

PROPOSITIONS

- **Calibrer les financements en fonction des ratios d'encadrement objectivés par le rapport de Myriam El Khomri et rappelés par la Défenseure des droits en 2023.**
- En cas de dépassement du calendrier prévu (CPOM, coupes PATHOS et GMP notamment), **obliger l'autorité de tarification à financer le tarif proposé par l'ESMS.**
- **Réfléchir à la fusion des sections tarifaires soin et dépendance** et évaluer les conséquences en termes de souplesse et de lisibilité dans la gestion financière.

- **Suite à la LFSS de 2023 et le scandale ORPEA, demander à l'ATC d'apporter des preuves des "excédents non justifiés"** avant toute révision du tarif fixé lors du renouvellement du CPOM.
- **Réaliser une étude de la mise en place d'un point GIR plancher** et du financement possible par la CNSA (au même titre que le tarif plancher SAAD).

Fiche 36- Financer le secteur de l'aide à domicile

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'expérimentation d'un nouveau modèle tarifaire pour les SAAD en 2019, a abouti à la mise en place en décembre 2021 d'un tarif plancher pour les SAAD, fixé par arrêté à 22 €, puis à 23 € en 2023. La modulation positive du modèle, elle, se retrouve dans la dotation complémentaire prévue dans le CASF.

Le tarif plancher ne vise que les heures APA/PCH afin que leur tarif soit homogène entre les départements et que l'accessibilité aux services le soit aussi. Plusieurs difficultés se posent face au décret instaurant le tarif plancher :

- Un montant insuffisant qui a déjà été estimé à 25 € par le HCFEA et à 27 € par une étude réalisée en Ile de France et cela bien avant l'inflation.
- La menace d'une convergence négative pour les services possédant un tarif supérieur à 23 €/heure.
- Un risque de soutien aux Conseils Départementaux les « moins disant » puisque seul l'écart jusqu'aux 23 € est comblé (si le tarif est supérieur, aucune prise en charge n'est prévue par la CNSA).
- L'augmentation de la participation financière du bénéficiaire puisque son plan d'aide va augmenter ; une concurrence accrue avec les SAAD non tarifés qui vont pouvoir réduire leur ticket modérateur.

La dotation complémentaire, pouvant aller jusqu'à 3 € maximum par heure, est quant à elle octroyée aux SAAD sur la base d'un CPOM conclu avec le Conseil départemental. Malheureusement, certains conseils départementaux n'ont pas demandé l'enveloppe maximale, les SAAD se retrouvent donc avec des financements incomplets pour des missions similaires à d'autres SAAD implantés dans d'autres départements. De plus, le CPOM a déjà montré ses limites dans les établissements et services pour lesquels il est obligatoire. Les SAAD devront donc être attentifs aux étapes de la contractualisation et notamment sur :

- Le temps nécessaire pour construire le CPOM et la définition des moyens en adéquation avec les objectifs ;
 - Le contexte socio-économique du service.
- ⇒ Ces points de vigilance sont importants puisque l'objectif de l'État est la négociation et la signature de CPOM avec l'ensemble des services à domicile à l'horizon 2030.

Enfin, la nouvelle tarification pour les SSIAD est prévue pour mars 2023. Le modèle retenu présente plusieurs problématiques quant à ses impacts financiers :

- L'ATIH estime que ce modèle va engendrer près de 12b% de SSIAD perdants alors que l'objectif était de zéro perdant.
- Certains soins ne sont pas pris en compte dans la tarification et sont pourtant lourds (perfusion, pansements lourds et non chroniques, intervention de nuit...).
- Le recueil sera annuel et non à la coupe, les résultats seront donc plus représentatifs de l'activité des services mais ce recueil demandera un travail administratif important et supplémentaire pour les équipes.

Après les réformes financières multiples déjà complexes à appliquer par les services, et qui ne résolvent en rien les difficultés actuelles d'accompagnement à domicile, vient donc s'ajouter la création des services autonomie à domicile ou « SAD ».

Ces derniers devront être gérés par une entité juridique unique. Il est à noter que les services demandent un financeur unique, pour apporter à la fois plus de souplesse et de clarté dans la gestion quotidienne de leurs activités. De la même façon, il serait pertinent que le futurs SAD n'aient plus à gérer des millefeuilles de dotations, mais bien une seule dotation globale, avec des budgets fongibles sur les volets aides et soins pour véritablement favoriser un fonctionnement intégré.

Par ailleurs, se pose également la question du concours de l'État aux dépenses des départements sur l'aide à domicile (APA et PCH). Il est aujourd'hui à hauteur de 40 %. Depuis 2002, les critères de répartition pour l'APA et la PCH sont le nombre de personnes potentiellement concernées (soit le nombre de personnes âgées de moins de 75 ans et pour la PCH de 20 à 59 ans), le potentiel fiscal, les bénéficiaires du RSA et les dépenses réelles.

L'État calculant tous les ans une enveloppe fermée, la prise de risque de montée en charge est supportée par les départements. **Il serait dès lors pertinent de revoir ce modèle de financement pour que soit prise en compte au départ une dépense réelle des prestations** avec une prise en charge de l'État et des départements.

PROPOSITIONS

Pour soutenir ce secteur d'activité, fragilisé par la crise, l'Uniopss propose également :

- **A minima augmenter la part de participation de l'Etat aux dépenses des départements en matière d'APA et PCH à 50 %** avec une clef de répartition identique tenant compte des dépenses réelles des collectivités en la matière **et étudier en parallèle la mise en œuvre d'un modèle alternatif proposé par la Cour des Comptes** (voir Fiche n°19) : **mise en œuvre d'une "dotation de solidarité" ou "dotation d'action sociale" à hauteur de 60 % à 70 % de la dépense réelle relative aux aides individuelles de solidarité**, financée par CNSA pour la fraction APA-PCH.

- **Demander aux conseils départementaux de modifier leur règlement départemental d'aide sociale afin de limiter l'impact de l'augmentation du tarif plancher** : réduire le pourcentage de participation des bénéficiaires à leur plan d'aide.
- **S'assurer auprès des conseils départementaux qu'une convergence négative n'aura pas lieu pour les SAAD.**
- **Réaliser une étude d'impact sur l'instauration du tarif plancher et ses conséquences relatives à l'habilitation à l'aide sociale des services : observation d'un phénomène de "détarification"/"dés habilitation" des services et de fermetures de services tarifés pour cause de concurrence accrue.**
- **Octroyer aux conseils départementaux l'enveloppe maximale pour la dotation complémentaire à reverser ensuite aux SAAD.**
- **Avoir un plan global, partagé et durable de soutien aux SAAD, en cohérence avec la création de la 5^e branche pour l'autonomie**, l'approche inclusive en cours et la transformation de l'offre sociale et médico-sociale : prendre en compte notamment les tarifs proposés par les différentes études pour fixer le tarif plancher APA/PCH.
- **Assouplir les financements des futurs services autonomie à domicile : financement unique pour les activités soins et aide/accompagnement basé sur une dotation globale** qui permette y compris sur l'aide à domicile de financer des temps hors intervention à domicile en présentiel, indispensable à la qualité du service (réunion d'équipe, temps de formation, temps d'analyse de la pratique/réflexion éthique, tutorat...).
- **Financer la mise en œuvre de l'avenant 43 à la convention collective du secteur de l'aide à domicile en milieu associatif pour que le coût réel supporté par le service puisse être pris en charge, que celui-ci soit tarifé ou non.**
- Garantir une équité territoriale interdépartementale en harmonisant les modes de calculs utilisés par les différents conseils départementaux pour établir les tarifs des services à domiciles.
- Garantir une équité territoriale infra-départementale en obligeant les conseils départementaux à tarifier l'intégralité des services à domiciles présents sur leur territoire.

Fiche 37- Réformer les grilles AGGIR et PATHOS et en atténuer les effets tarifaires

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les deux outils que sont la grille AGGIR et le PATHOS souffrent de multiples limites et effets pervers qui les rendent inadéquats (voire parfois contreproductifs), tant pour les moyens financiers générés que pour l'accompagnement prodigué aux personnes accompagnées.

La grille AGGIR est perfectible. En effet :

- L'évaluation de la cohérence et des problèmes d'orientation des personnes malades est insuffisante.
- Elle ne permet pas d'apprécier l'environnement de la personne ni la dimension « vie sociale ».
- Les missions de prévention ne sont pas valorisées.
- L'identification des personnes atteintes par des difficultés intellectuelles psychiques et des démences s'avère problématique.
- On note une absence de prise en compte de l'ensemble des variables. En effet, les « sept variables illustratives » n'entrent pas dans le calcul du GIR.

Dans ce cadre, **il nous apparaît pertinent de revoir complètement cet outil et de le corrélér à un outil commun d'évaluation en soutien de l'autonomie partagée avec les personnes en situation de handicap** (voir Fiche : « Assurer la lisibilité et l'articulation des coopérations au service du parcours »).

La grille Pathos est également perfectible. En effet :

- La non prise en compte des résidents hospitalisés le jour de la coupe (car « sortis » de l'établissement) est problématique alors qu'à leur retour, ceux-ci nécessitent un accompagnement parfois plus soutenu.
- Certains profils de soins chez un résidant en « annulent » d'autres car ils sont prédominants, alors que son accompagnement est plus important.

La problématique principale est que ces grilles soient rattachées à la tarification et entraînent de fait des effets pervers voire contre-productifs.

En premier lieu, cette méthode de calcul fondée sur deux indicateurs (AGGIR et Pathos) apparaît comme trop simpliste, ne traduisant pas les besoins de financement liés à la qualité même des accompagnements. Grand témoin des entretiens du Conseil d'État sur la place des usagers, Dominique Libault s'est ainsi étonné que la puissance publique « continue à distribuer ses financements en fonction de la lourdeur des pathologies... sans prendre en compte les sujets de qualité comme la relation aidants-aidés ou la prise en compte de la parole ».

Ensuite, cette approche peut entraîner des conséquences sur la politique d'admission, notamment un refus d'admission si la prise en soins est trop importante et le PMP faible ou,

a contrario, admission si la coupe PATHOS approche et que la charge en soins du résident est importante. La même remarque s'applique pour le GMP. Ainsi, ces grilles développent une part de subjectivité dans l'évaluation des personnes accompagnées et leur utilisation peut être détournée pour obtenir un meilleur financement.

Autre élément non négligeable : la situation de la personne âgée est très variable, si bien qu'une évaluation à un temps T peut ne pas être représentative de son autonomie habituelle ou de son besoin en soins (ex : sortie d'hospitalisation, entrée en EHPAD...).

Enfin, il est à noter un potentiel plafond préjudiciable aux marges de manœuvre à venir des EHPAD. En effet, une fois qu'un établissement a atteint un PMP et un GMP très élevé, il y a une probabilité importante pour qu'il devienne impossible à dépasser et finisse par baisser à l'occasion de la prochaine coupe.

Cette situation risque mécaniquement de toucher tous les établissements et de mettre ces derniers en difficulté. Concrètement, l'amoindrissement de ces moyens va générer une réduction de personnel, un recul de sa capacité d'innovation et une baisse de la qualité de l'accompagnement prodigué. Cette absence de perspective consécutive à un PATHOS/GMP qui ne peut plus augmenter risque fortement de grever la dynamique de l'établissement.

PROPOSITIONS

- **Reprendre la proposition N°6 du « rapport Bonne » de 2018** : dans le calcul de la dotation globale de soins, substituer au PATHOS moyen pondéré un indicateur statistique susceptible de mieux traduire en équivalents temps plein les besoins thérapeutiques des résidents.
- **Réviser la grille AGGIR et la grille PATHOS** selon les éléments développés ci-dessus à la partie « exposé des motifs ».
- **Corréler en partie le financement des établissements aux besoins - besoins de soins, en y intégrant une dimension préventive, besoins d'autonomie, besoins de vie sociale – des personnes âgées.**
- **Revoir les modalités de contestation de son PMP et de son GMP** : actuellement, le code prévoit qu'en cas de désaccord entre le médecin de l'établissement et le médecin contrôleur, l'établissement a la possibilité de contester la décision devant la Commission régionale de coordination médicale (CRCM). La difficulté est que cette commission est composée de pairs (médecins) et est présidée par le médecin désigné par l'agence régionale de santé et vice-présidée par le médecin des services sociaux et médico-sociaux du département du ressort de l'établissement faisant l'objet du recours. (Art. R. 314-171-1 du CASF). Cette composition n'est pas de nature à permettre une analyse impartiale, la commission n'étant pas neutre vis-à-vis du médecin contrôleur. Le risque d'être « juge et partie » est manifeste.

Fiche 38- Associer les instances démocratiques territoriales aux autorisations de créations et de transformations hors procédure d'appels à projet

EXPOSÉ DES MOTIFS

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009 a instauré la procédure d'appels à projet pour la création ou la transformation des établissements sociaux et médico-sociaux relevant du Code de l'action sociale.

Ce changement de logique d'autorisation, présenté comme mieux-disant par le législateur, devait permettre :

- De mettre en concurrence les acteurs de façon loyale, sincère et équitable *via* une publication d'un cahier des charges ou la mise en place d'une commission de sélection représentative de l'ensemble des acteurs du secteur.
- D'assurer une meilleure qualité de l'accueil et de l'accompagnement avec l'instauration d'indicateurs qualitatifs.
- De répondre plus rapidement aux besoins et aux attentes des usagers, sans attendre une potentielle initiative d'un acteur de terrain.
- De rendre publique les priorités des décideurs par l'élaboration de schémas et la publication d'un calendrier prévisionnel des appels à projet.
- De permettre l'innovation et l'expérimentation avec des appels à projet spécifiques.
- De mettre le financement public du secteur médico-social en conformité avec la réglementation européenne sur les aides d'État.

Déjà en 2009, le réseau Uriopss-Uniopss, sans être contre cette procédure lorsque des besoins étaient non couverts, dénonçait cette démarche très dirigiste et descendante, qui alourdissait le processus d'autorisation et allait à l'encontre de ce qui a fait la force du secteur social et médico-social.

Dix ans après, cette réponse, présentée comme moderne et innovante, a été très largement amendée par des textes de droit successifs.

Parallèlement, les autorités utilisent de plus en plus d'autres outils, jugés plus souples ou plus rapides, mais beaucoup moins transparents et démocratiques tels que les appels à candidatures et les appels à manifestation d'intérêt. Ainsi, aujourd'hui, la procédure d'appels à projet qui devait être la règle pour la création ou l'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux est devenue en pratique, l'exception.

Les nouvelles autorisations et les transformations se font régulièrement sans lisibilité, transparence ou débat et ne semblent n'être qu'à la seule discrétion des autorités. A noter que les commissions de sélection ne sont globalement jamais informées des réorganisations de l'offre en cours via CPOM, contrairement à ce que prévoyait le législateur.

PROPOSITIONS

- **Le réseau Uniopss-Uriopss affirme de nouveau que la procédure d'appel à projet n'est pas adaptée à notre secteur**, sauf lorsqu'un besoin n'est pas satisfait. En revanche, il souhaite que les principes d'équité, de loyauté et de transparence soient respectés, dans le cadre d'un débat démocratique, représentant l'ensemble des parties prenantes du secteur (autorités, représentants d'utilisateurs et de gestionnaires, personnes qualifiées).
- **Associer les instances démocratiques sectorielles (CRSA, CDCA...) au processus de création et de transformation** comme alternative à l'information des commissions de sélection et d'information des appels à projet, administrativement trop lourde à organiser.
- De plus le réseau souhaite rappeler que cette **procédure n'est pas un outil de planification et ne doit pas être utilisée pour réorganiser l'offre existante** mais pour répondre en premier lieu à des besoins identifiés.

Fiche 39- Élargir et sécuriser les financements CNSA des conférences des financeurs pour la mise en place d'actions de prévention individuelle

EXPOSÉ DES MOTIFS

La loi Adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a affirmé la nécessité de renforcer les actions de prévention et de repérage des fragilités des personnes âgées. Deux mesures illustrent particulièrement cet engagement : l'expérimentation des SPASAD (services polyvalents et de soins à domicile) et la création des conférences des financeurs.

Avec l'adoption de cette loi, le législateur a souhaité innover en finançant *via* la conférence des financeurs aux SPASAD expérimentateurs la mise en place d'actions individuelles de prévention et de repérage des fragilités auprès de leurs usagers.

Cette possibilité sera dévolue à horizon 2025 aux services autonomie à domicile assurant des prestations d'aide et de soin. Cette possibilité offerte est intéressante à plusieurs niveaux :

- En permettant de rendre effectifs le repérage des fragilités et le déploiement d'actions, en s'appuyant sur les acteurs traditionnels du domicile, en contact au quotidien avec les personnes vulnérables ;
- En valorisant les efforts des services en termes de prévention, notamment *via* la formation de leurs intervenants à domicile et des actions spécifiques pouvant être mises en place, en particulier auprès des personnes en GIR 4 à 6 ;
- En contribuant à l'attractivité des métiers du domicile, en diversifiant leurs champs d'action, leurs activités et leurs compétences.

Huit ans après le lancement des programmes de prévention des conférences des financeurs, le déploiement des actions individuelles de prévention portées par des SPASAD semble au point mort. En 2019, 181 SPASAD ont bénéficié du concours CNSA pour le financement d'actions individuelles ou collectives. Ce nombre est en baisse de 6 % par rapport à l'année précédente, et se place dans un contexte où le nombre de territoires répondants diminue (en 2019, dernières données disponibles, 58 territoires ont transmis cette information contre 61 en 2018.).

Ce constat peut s'expliquer par deux facteurs principaux :

- Le déploiement de l'expérimentation SPASAD est inégal sur les territoires, certains conseils départementaux ne souhaitant pas cofinancer les dépenses d'ingénierie nécessaires ;
- Les financements sont annuels et freinent les services dans le montage de leur projet (impossibilité de recrutement, frilosité pour investir dans de la formation, peur du « stop and go », etc.).

PROPOSITIONS

- **Rendre pérennes les financements de la conférence des financeurs** pour le déploiement d'actions de prévention individuelle pluriannuelles afin de sécuriser les porteurs de projets.
- **Comme cela est possible pour SAAD, il faut s'assurer que le futur SAD puisse bénéficier de financement via la conférence des financeurs pour le déploiement d'actions de prévention individuelle.** La dotation complémentaire n'étant pas suffisante à elle seule, pour mettre en œuvre cette mission.
- Permettre, dans le cadre des CPOM, de pérenniser ces financements sur 5 ans.

Fiche 40- Faire de la mesure d'activité un levier pour la valorisation des accompagnements

EXPOSÉ DES MOTIFS

La mesure de l'activité constitue un enjeu majeur pour ESMS. Il doit constituer le moyen de rendre compte de l'activité de chaque structure. Néanmoins, cette mesure est aujourd'hui réduite à une épée de Damoclès suspendue au-dessus de chaque établissement et de chaque service. De fait, la non-atteinte du taux d'activité cible dans un CPOM est susceptible d'entraîner une sanction financière. Il est possible de relever deux difficultés autour de cette mesure.

- D'une part, malgré l'élaboration du guide de mesure de l'activité, chaque ESMS et chaque ATC tentent d'élaborer l'annexe activité du CPOM en définissant des critères qui lui sont propres. Le guide est certes d'une grande utilité mais ne permet pas une harmonisation satisfaisante de la mesure de l'activité de chaque structure. Finalement cela se résume soit à une imposition par l'ATC – souvent mal calibrée – d'une méthode de calcul soit à une annexe où le taux d'activité est calculé à partir du seul taux d'occupation. Ces deux solutions semblent insatisfaisantes.
- D'autre part, la mesure de l'activité n'est pas vue par les ESMS comme un moyen de valoriser leurs actions – donc leurs accompagnements – et ainsi de négocier des budgets en conséquence. C'est souvent analysé comme un seul outil de contrôle et de sanction.

PROPOSITIONS

Faire de la mesure de l'activité le levier pour rendre compte et valoriser son action :

- Mobiliser les nomenclatures Serafin-PH pour disposer d'un langage commun nécessaire à l'élaboration des critères de mesure de l'activité.
- Impulser une volonté nationale auprès des ATC que de travailler avec chaque type d'ESSMS à l'élaboration de critères partagés et harmonisés de mesure de l'activité tenant compte des parcours et du contexte de la transformation de l'offre.
- Que la mesure de l'activité prenne en compte la complexité des situations
- Prendre en compte et conférer des enveloppes budgétaires aux ARS pour financer les éventuelles suractivités.

V- INNOVATION, ÉVOLUTION ET DIVERSIFICATION DE L'OFFRE

Fiche 41- Instauration des campagnes nationales de sensibilisation aux thématiques du handicap et de l'avancée en âge

EXPOSÉ DES MOTIFS

Si les concepts d'inclusion et d'accessibilité sont aujourd'hui devenus des principes connus et reconnus dans le secteur médico-social, ce n'est pas nécessairement le cas pour l'ensemble de la population. Or, tendre vers la mise en œuvre opérationnelle de ces principes nécessite que les citoyens soient eux aussi informés et convaincus de l'impérieuse obligation de leur donner une réalité sociétale.

Force est de constater que ce volet n'est que très peu mis sur le devant de la scène. L'Etat et les collectivités locales n'agissant finalement qu'assez peu auprès de la population générale pour questionner les représentations du handicap et de la vieillesse. On note bien entendu quelques initiatives éparses soutenues par les pouvoirs publics mais finalement rien de coordonné ni de très consistant.

On notera également que le fonctionnement en silos entre les secteurs sanitaire et médico-social perdure malgré la mise en place de la charte Romain Jacob. Cette difficulté s'enracine également du côté du secteur sanitaire qui méconnaît trop souvent les fondamentaux du secteur médico-social.

PROPOSITIONS

- **Mettre en place un plan national quinquennal de sensibilisation aux vulnérabilités** (Plan prévoyant des objectifs concrets à atteindre, dépasser l'incantatoire), autour des concepts d'inclusion et d'accessibilité.
- **Co-élaborer ce plan avec l'ensemble des acteurs de la solidarité** (démultiplication des info-sensi, des *serious game*, des immersions...).
- **Former systématiquement les agents /professionnels des administrations** (ARS, CPAM, CARSAT, CD...) qui œuvrent auprès des secteurs solidarités aux fondamentaux des secteurs PA / PH / LCE ...
- **Renforcer les liens entre le sanitaire et le médico-social : Pleinement mettre en œuvre la charte Romain Jacob ainsi que ses principes fondateurs :**
 - La mettre en œuvre réellement.
 - Proposer des immersions croisées des professionnels du sanitaire dans les ESMS.

- Insérer des composantes médico-sociales obligatoires dans l'ensemble des formations initiales et continues des professionnels de santé.
- Mettre systématiquement en place un référent handicap (le former le cas échéant) au sein de chacune des structures sanitaires (hôpitaux...)

Fiche 42- Améliorer le statut de l'accueillant familial pour une meilleure reconnaissance

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'accueil familial consiste à accueillir à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap adultes.

Ce dispositif existe depuis 1989 et représente environ 10 000 accueillants familiaux qui accueillent environ 18 000 personnes. Les profils des personnes accueillies sont répartis comme tel : 39 % de personnes en situation de handicap, 24 % de personnes âgées et 27 % les deux²⁷. Dans un rapport publié en décembre 2020, l'Assemblée nationale dresse un état des lieux de l'accueil familial comme une pratique qui peine à se développer malgré les avantages certains qu'elle revêt.

L'Uniopss constate également que le dispositif d'accueillant familial doit être réformé pour le rendre attractif et apporter de meilleures garanties pour les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et leur famille, les professionnels mais aussi pour les départements, l'Uniopss propose plusieurs leviers.

PROPOSITIONS

- Mieux organiser la formation professionnelle des accueillants, qui reste relativement sommaire, non qualifiante, sans validation officielle des acquis, par une meilleure prise en charge.
- Remédier à la précarité du statut des accueillants familiaux en négociant des salaires plus hauts, d'une façon générale et en particulier pour l'accueil d'une seule personne. Car si l'accueil de trois personnes permet de vivre correctement, deux personnes accueillies permettent tout juste à l'accueillant d'atteindre un équilibre financier, tandis que l'accueil d'une seule personne n'est économiquement pas viable.
- Amender le dispositif juridique par une amélioration du statut des accueillants et pour une meilleure reconnaissance de leur place.
- Préciser les critères menant à l'obtention de l'agrément par la mise en place d'une grille objectivée des compétences nécessaires.
- Prévoir des temps d'échanges entre pairs, accueillants familiaux

²⁷ <https://www.vie-publique.fr/en-bref/277996-dependance-ou-handicap-propositions-pour-developper-laccueil-familial#:~:text=Depuis%202007%2C%20les%20accueillants%20familiaux,r%C3%A9parties%20in%C3%A9galement%20sur%20le%20territoire.>

- Prévoir la coordination des remplaçants.
- Recueillir la parole et le niveau de satisfaction des personnes accueillies à chaque départ.
- Prévoir une réforme du rôle de tiers régulateur, pourtant prévu par le CASF mais dans les faits, sous-utilisé.

Fiche 43- Penser l'aménagement urbain, les stratégies immobilières et l'architecture comme des moyens indispensables d'assurer l'existence et l'épanouissement de la vie sociale en établissement et/ou à domicile

EXPOSÉ DES MOTIFS

« *Dis-moi où tu habites, je te dirais qui tu es* », cette expression populaire, pleine de sens souligne bien le corolaire entre son habitat et son mode de vie, ses souhaits, ses besoins...

Pour favoriser la préservation de l'autonomie des plus vulnérables dans la ville et le quartier, la concertation avec les élus de proximité est une condition de l'intégration/inclusion sociale.

Au-delà des questions d'accessibilité dans l'espace public (transports, voirie...), la concertation conduirait à s'assurer que partout, les plus vulnérables vivant à domicile et dans des habitats dits mixtes (cohabitation de plusieurs publics), peuvent disposer d'accès à des espaces collectifs de vie sociale (centres sociaux, tiers lieux...) favorisant leur autonomie et leur inclusion.

Cette concertation territoriale permettrait également d'identifier dans des phases de conception ou rénovation urbaine, du foncier ou du bâti qui pourrait être réservé à des structures sociales, sanitaires ou médico-sociales (en particulier en pied d'immeubles). Cela favoriserait la réponse à des besoins de proximité tout en intégrant pleinement la dimension du secteur non lucratif dans les projets urbains.

Des liens avec l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine, les aménageurs, les bailleurs sociaux et les collectivités locales pourraient être utilement noués.

En effet, le patrimoine associatif de demain doit répondre à de multiples enjeux : être fonctionnel, connecté, ouvert sur l'extérieur... être attractif, s'adapter à l'évolution des politiques publiques et répondre à des normes environnementales et durables.

Les associations souhaitent **être mieux accompagnées dans cette transition**. Elles constatent que le montage de stratégies immobilières se professionnalise et se complexifie. Cela nécessite le recours à des expertises toujours plus diverses quant au financement, l'exploitation et l'optimisation des locaux.

Elles rencontrent des difficultés dans la gestion d'un **patrimoine hétérogène et diversifié** quant à la nature des biens (terrains, vignes, forêts, patrimoine emblématique, etc.), la pluralité d'occupations (activité hospitalière, médico-sociale, activité connexe, logement, ateliers, manufactures, exploitations agricoles, etc.) et la constitution foncière (dons et legs, propriété, location, mise à disposition gratuite) mais aussi quant au degré de vétusté (neuf ou ancien), et aux tailles différentes. **Cette diversité entraîne une complexité importante de gestion.**

Une **méconnaissance des patrimoines** des organismes gestionnaires par manque de ressources et parce que l'expertise à mobiliser est pointue peut conduire à des difficultés pour dresser un diagnostic et un chiffrage précis. **Les associations manifestent le besoin de ressources dédiées sur ce sujet et d'outils et de méthodes**, notamment d'un système d'information adapté qui puisse prendre en compte la diversité de leur patrimoine pour en faire l'inventaire et disposer d'un état d'utilisation en temps réel. Les associations font aussi état de difficultés pour poser le diagnostic de leur bâti et souhaiteraient être épaulées par un organisme de l'État.

Rien que pour le secteur des personnes âgées, le rapport Libault chiffre un plan de rénovation de **3 Mds € sur 10 ans pour les EHPAD** (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les résidences autonomie pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie ».

L'immobilier sanitaire, médico-social et social représente **le premier patrimoine bâti national**. Des besoins d'investissements massifs sont nécessaires pour palier à l'obsolescence des établissements et il faudra compter avec ce secteur pour réussir la transition énergétique : à lui seul il représente 12 % des consommations d'énergie du secteur tertiaire en France.

Plus particulièrement, l'optimisation de l'espace dans les établissements sociaux et médicosociaux au motif d'une meilleure organisation, d'impératifs sécuritaires et de contraintes financières conduit à une standardisation des modèles architecturaux, laissant peu de place à l'innovation et à l'expression identitaire des personnes. A cet égard, les établissements médicosociaux proposant de l'hébergement comme les EHPAD en particulier, mais également les foyers de vie, foyers d'hébergement pour personnes en situation de handicap... cristallisent les reproches.

Malgré la bonne volonté des parties prenantes, la décoration, la musique dans les couloirs, l'accueil de qualité, le constat est que les personnes vivant dans ces établissements ne se sentent pas réellement chez elles, tout simplement parce que leur espace ressemble peu à un domicile privatif et n'assure pas le sentiment de sécurité, d'intimité et de valorisation, de soutien à l'identité propre à chacun.

Pourtant, au-delà du simple hébergement, ces lieux constituent bien le lieu de vie des résidents, auxquels il convient de donner la possibilité de bien s'y trouver.

PROPOSITIONS

- **Impliquer les bailleurs sociaux, les municipalités et L'État dans la recherche et le financement de locaux :**
 - Impliquer les différentes parties prenantes dans la recherche et le financement des locaux : que les élus des communes puissent soutenir les associations dans leur recherche de foncier ;
 - que les bailleurs sociaux puissent proposer des tarifs préférentiels pour les associations et notamment pour les locaux commerciaux ;
 - que l'État reprenne à son compte la charge des emprunts immobiliers associatifs, à l'image de la reprise de 10 milliards d'euros de la dette des hôpitaux annoncée par le gouvernement ;
 - qu'un organisme de l'État ou le conseil départemental compétent aide les organismes gestionnaires à procéder à une évaluation réelle du coût de l'immobilier pour permettre un diagnostic précis et une meilleure visibilité ;
 - que l'État, à travers la Caisse des dépôts et consignations, puisse proposer des mécanismes de prêts aidés de ou de prêts à zéro pourcent pour les associations.
- **Favoriser le besoin d'accès à du foncier ou à des locaux pour créer ou adapter des structures manquantes ou à faire évoluer (ou dans des zones en tension) :**
 - Penser à la transformation de bureaux en habitation, et l'utilisation, en intercalaire, de bâtiments ou terrains temporairement vacants pour gérer des « opérations tiroirs » de travaux en milieu occupé dans des établissements.
- **Reconnaître le surcoût du foncier dans les tarifications imposées par les pouvoirs publics et dans les CPOM :**
 - Intégrer dans les tarifs et/ou les CPOM, le coût du foncier dans les régions de forte tension en la matière.
- **Favoriser des dispositifs juridico-financiers innovants (sous toutes réserves) :**
 - Proposer une clarification et un élargissement des règles de TVA à taux réduit pour les projets immobiliers (construction et travaux) aux acteurs privés à but non lucratifs, voire d'autres dispositions fiscales ayant un impact sur le coût ou l'amélioration du projet d'aménagement du bâti pour le confort des personnes accueillies.
 - Confirmer et élargir l'exonération totale de la taxe d'habitation prévue pour les EHPAD non lucratifs dans le projet de loi de finances 2020 à tous les établissements sociaux et médico-sociaux ainsi qu'aux établissements de santé privés d'intérêt collectif.
 - Encourager les montages juridiques innovants en particulier la dissociation du foncier et du bâti.

- Envisager que des prêts aidés ou à taux zéro puissent être fléchés pour les structures du champ PA-PH et/ou qu'elles puissent bénéficier d'allègement de charges d'emprunt.
- **Repenser le modèle architectural :**
 - Pour questionner aux plans éthique, réglementaire et sécuritaire, au regard de différents travaux et d'études comparatives à l'international, le sens de la concentration de personnes fragiles dans un établissement (expérimentation de villages avec deux tiers de résidents par maisons et un espace extérieur individuel avec un bloc de services « à disposition » (dispositifs innovants au soutien à la vie au domicile, MARPA, PUV...)) ;
 - Pour concevoir en synergie (résidents, professionnels du secteur, architectes, etc.), et dans une perspective « développement durable » et en lien avec le CPOM, des projets d'établissements et de services et des projets architecturaux, décoratifs et paysagistes pour une ambiance « comme à la maison » pour les résidents, des locaux accueillants et reposants pour les professionnels ;
 - Pour s'approcher du domicile, en proposant des chambres plus grandes permettant aux résidents d'apporter davantage d'effets personnels, un grand lit pour avoir plus de confort et pouvoir accueillir des couples, éviter les grands couloirs aseptisés, rappelant le monde hospitalier ; un décret pourrait prévoir la superficie minimale des surfaces domiciliaires et le nombre de chambres par couloir / étage à respecter, tant dans les nouvelles constructions que dans les bâtiments à rénover ou à réhabiliter ;
 - Pour ouvrir l'établissement sur l'extérieur, en lien avec les communes, évitant ainsi la « ghettoïsation », grâce à des locaux - par exemple en créant un tiers lieu tels une crèche ou un centre aéré - et à des activités partagées tels le repas des aînés, des animations avec les personnes âgées du domicile.
- **Revoir la responsabilité liée à la sécurité dans les établissements et arbitrer les questions des normes applicables (ERP) et de la prise de risque au regard de la liberté des personnes.**
- **Réfléchir l'espace et associer les résidents ou leurs représentants, ainsi que les professionnels à cette réflexion :**
 - Pour que les professionnels aient la place d'agir sans que cela n'empiète sur le confort des résidents ;
 - Pour offrir des lieux de cuisine, de restauration, de réception et de repos, des espaces verts et des jardins au résident, avec ou sans ses proches (petites unités de vie), en permettant leur accessibilité (au sens de l'accessibilité universelle) effective des personnes aux activités du quotidien en toute autonomie ;

- Pour créer des chambres « invités » à tarif réduit et un forfait de jours gratuit pour les admissions et les situations de fin de vie (à intégrer dans le CPOM) ;
 - Pour penser des lieux accueillants et reposant pour les professionnels.
-
- **Repenser les pratiques professionnelles à partir des pratiques du domicile** (tenue civile, pas de chariot de soins, pas de chariot de médicaments, rangement du matériel des professionnels dans des espaces dédiés rapprochés les uns des autres pour une utilisation optimisée – à inclure dans les formations).
 - **Réfléchir l'espace pour que les professionnels aient la place d'agir sans que cela n'empiète pas sur leur confort et leur sécurité, ni sur le confort et la sécurité des résidents.**
 - **Sensibiliser la DGCS, les agences régionales de santé, les conseils départementaux et les structures sur ce thème, avec un accompagnement *via* le CPOM et la création de RBPP** en la matière, par exemple sur la qualité de vie dans les EHPAD et faire financer les campagnes de sensibilisation par la CNSA.
 - **Soutenir la télémédecine et lever les freins nombreux existants dans ce domaine** : fracture numérique, formation du personnel, temps de personnel dédié.
 - **Faire évoluer l'offre vers la future offre d'accompagnement à l'autonomie, en recherchant un service à mi-chemin entre le « tout domicile » et le « tout institution » (EHPAD hors les murs), une offre globale et un droit au parcours assuré.**
 - **Favoriser la mise à disposition et l'appropriation par tous d'outils ergonomiques et domotique pour tous les acteurs de l'habitat.**

Fiche 44- Déployer l'habitat accompagné, partagé et inséré

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le Réseau soutient l'habitat inclusif mais également les autres formes d'habitat alternatif (voir fiche ci-après) en tant **que dispositifs permettant de répondre aux attentes et aux besoins de certaines personnes en termes d'habitat**, se situant dans une solution intermédiaire entre l'établissement et le domicile. L'habitat inclusif doit s'inscrire dans une **démarche participative, collective et volontaire, fondée sur le libre choix** des personnes et sur l'idée que le logement et l'accompagnement doivent s'articuler pour permettre d'habiter, d'être « chez-soi ».

Ce type d'habitat constitue également un levier pour favoriser le pouvoir d'agir des personnes. Il existe aujourd'hui une forte volonté des ESMS et demande des personnes accompagnées de voir se développer ce type d'habitat qui s'inscrit en dehors de tout dispositif d'orientation sociale ou médico-sociale. Avant d'être une « formule d'habitat », l'habitat inclusif est donc **une réponse à un besoin**. Sécurisation pour certains, lutte contre l'isolement pour d'autres, l'enjeu de ces habitats réside dans **la préservation ou le soutien à l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap ainsi que dans la promotion du lien social**.²⁸

Denis Piveteau et Jacques Wolfrom ont remis au gouvernement en juin 2020 leurs recommandations pour « accélérer le développement d'un nouveau modèle d'habitat accompagné, partagé, et inséré dans la vie locale (API) pour les personnes en situation de handicap ou âgées ayant besoin d'être soutenues dans leur projet d'autonomie ».

Le réseau Uniopss partage la plupart des recommandations du rapport notamment celle de faire du déploiement de logements API **un levier de la transformation de l'offre médico-sociale**, à la fois comme levier de la diversification des services rendus par les établissements et comme cible de transformation de places.

La co-construction des projets d'habitat inclusif dépend étroitement du maillage partenarial, des acteurs de proximité et des besoins des personnes concernées sur chaque territoire. De fait, chaque réponse apportée prend une forme spécifique, et la diversité des dispositifs créés conditionne la pertinence et l'efficacité de ce type d'habitat.

L'enjeu identifié par le réseau est d'organiser une mise en œuvre moins complexe et contraignante, laissant une souplesse aux acteurs territoriaux.

Les porteurs de projets ne doivent pas se trouver limités dans leurs initiatives par de nouveaux textes de loi qui viendraient les contraindre par des procédures trop complexes, qu'ils entrent ou non dans les critères posés par le cahier des charges. Il est nécessaire de construire une chaîne de réponses à partir des attentes et des besoins de la personne, en se

²⁸ Article 129 loi ELAN du 23 novembre 2018, Décret du 24 juin 2019 relatif aux diverses dispositions en matière d'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, Arrêté du 24 juin 2019 : Cahier des charges national relatif à l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, Instruction du 4 juillet 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du forfait pour l'habitat inclusif

détachant des logiques catégorielles (public, âge, handicap) pour aller vers une notion **d'offre définie en fonction du projet et de l'environnement de la personne et non de la « catégorie » à laquelle elle appartient**. Tous les types de handicap doivent être pris en compte, de même que l'ensemble du public âgé, afin que le plus grand nombre de personnes puisse bénéficier de ces nouvelles formes d'habitat.

PROPOSITIONS

Pour répondre aux attentes des personnes, tout en assurant une sécurisation des projets :

1/ Sécurisation financière :

- Mettre en place une **mutualisation totale ou partielle des plans d'aides** (APA et PCH) pour les personnes vivant dans un habitat inclusif, à la hauteur des besoins (individualisés et mutualisés) et du degré d'autonomie des personnes. Il s'agit d'attribuer un nombre d'heures d'aide humaine suffisant pour que le dispositif fonctionne.
- Lever les barrières d'accès au dispositif en permettant la solvabilisation pour les personnes n'ayant pas les aides suffisantes.
- **Dans le cadre de l'APA et de la PCH** : privilégier le mode d'intervention **en prestataire** pour les bénéficiaires (pour les personnes vulnérables). Equilibre entre autonomie/accompagnement.
- Mobiliser des moyens financiers (ou solvabiliser le financement) pour les coûts non pris en charge (liés aux travaux ou aux aménagements à prévoir par exemple).

2/ Financement de l'investissement :

De nombreuses solutions sont proposées dans le rapport et soutenues par le Réseau **concernant les aides à la pierre** : fonds territorial d'investissement dans le logement API et prêt spécifique de la caisse des dépôts, possibilité de mixer les plafonds de ressources de personnes logées (PLAI/PLUS/PLS), en lien avec une évaluation globale de la vocation sociale des immeubles, convention APL unique qui intègre le service de la personne morale gestionnaire sociale de l'habitat, facturation possible par le bailleur des coûts des espaces partagés, majoration de l'APL sur le même modèle que pour les logements-foyers. La forte pression immobilière est un frein pour développer ce type d'habitat.

3/ Approche domiciliaire :

- À chaque fois que cela est possible et souhaité, permettre que les personnes soient locataires de leur appartement : inciter les bailleurs sociaux à aller vers cette possibilité notamment en passant par une intermédiation locative pour leur assurer un maximum de garanties.
- Investir dans la domotisation d'appartements pour permettre notamment aux publics lourdement handicapés de vivre à domicile.

4/Pilotage et gouvernance :

- S'assurer de l'organisation et de la dynamique des conférences des financeurs dans chaque département.
- Avoir une lisibilité des projets d'habitat inclusif existants par Département (et leurs modalités de financement éventuel).
- Disposer d'un état des lieux des besoins des personnes accompagnées sur chaque territoire, qu'elles soient accompagnées par un établissement ou par un service.
- Intégrer dans les programmes locaux de l'habitat des éléments relatifs au développement de l'habitat inclusif.

5/ Droit au risque :

- Pour les personnes jusqu'alors accompagnées en ESMS : sécuriser leur retour en ESMS si l'habitat inclusif n'apparaît pas, après une période de test, comme la réponse la plus adaptée aux besoins et attentes des personnes.

Fiche 45- Soutenir le développement d'autres formes d'habitat partagé et innovantes comme la cohabitation intergénérationnelle solidaire

EXPOSÉ DES MOTIFS

En dehors de l'habitat inclusif tel que défini dans la loi ELAN (voir fiche ci-dessus), d'autres formes d'habitat partagé répondent à l'objectif de **préservation ou de soutien à l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap et promeuvent le lien social, comme par exemple la Cohabitation intergénérationnelle Solidaire (CIS).**²⁹

Ainsi, la cohabitation intergénérationnelle est un dispositif solidaire créé en 2004 en France, juridiquement encadré depuis 2018 par l'article 117 de la loi « ELAN ». Ce dispositif permet à un senior qui dispose d'une chambre libre d'accueillir un jeune en échange d'un peu de présence bienveillante certains soirs et nuits, soit moyennant une participation aux charges ou une indemnité d'occupation significativement inférieure au prix du marché locatif local : une « contrepartie financière modeste ». Chaque cohabitation intergénérationnelle est créée sur mesure par une association qui accompagne le binôme jeune – senior 1700 cohabitations sont accompagnés chaque année par les membres Réseau Cohabilis.

Solution d'engagement portée par un jeune solidaire et un senior solidaire, la cohabitation intergénérationnelle permet de lutter contre l'isolement et facilite la mobilité des jeunes.

Le dispositif améliore le pouvoir d'achat du jeune, et parfois du senior. Trois économistes chercheur.es ont en effet estimé à 1800 € en moyenne l'économie réalisée par un jeune sur 7,5 mois (durée moyenne d'une cohabitation). Le senior peut bénéficier d'une contrepartie financière modeste, toujours significativement en-deçà des prix du marché locatif local.

Par ailleurs, la CNAF bénéficie en moyenne d'une économie sur l'allocation logement de 600 € par cohabitation de 7,5 mois (durée moyenne).

Enfin, en luttant contre la sous-occupation **il permet l'optimisation énergétique.** Le recours au logement existant – plutôt qu'à la construction neuve – permet d'économiser environ une tonne de CO₂ par m² construit.

Pour toutes ces raisons, le réseau souhaite que cette innovation sociale soit promue. Mais pour ce faire, des évolutions législatives sont nécessaires.

²⁹ Article 129 loi ELAN du 23 novembre 2018, Décret du 24 juin 2019 relatif aux diverses dispositions en matière d'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, Arrêté du 24 juin 2019 : Cahier des charges national relatif à l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, Instruction du 4 juillet 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du forfait pour l'habitat inclusif

PROPOSITIONS

- **Plafonner la contrepartie financière modeste pour les jeunes et l'indexer sur un dispositif existant** : La contrepartie financière modeste doit être significativement en-deçà des prix du marché locatif local, et plafonnée par territoire, selon les loyers moyens des marchés locaux.
- **Faire en sorte que la cohabitation intergénérationnelle solidaire puisse être réalisée à titre gratuit** par le senior. En effet, aujourd'hui les menus services « complètent » la contrepartie financière modeste, ce qui n'est pas cohérent avec l'idée d'entraide portée par le dispositif et citée dans la charte du 13 janvier 2020. Nous proposons :
 - À l'article L 631-17 du CCH, au premier alinéa, d'insérer après « contrepartie financière modeste » : « *ou moyennant l'engagement d'une présence constituant, en tout ou partie, ladite contrepartie* ».
 - À l'article L 631-18 du CCH, au premier alinéa, à la suite de « prévoir » d'insérer les mots suivants « *en substitution ou* ».
- **Rendre obligatoire la présence de structures tierces ancrées localement**, et rendre obligatoire les critères définis dans l'arrêté du 13 janvier 2020 relatif à la charte de la cohabitation intergénérationnelle solidaire.
- **Proroger et « moderniser » l'article 35 bis du Code général des impôts**. Il s'agit d'un article qui permet d'exonérer d'impôts les revenus de loyers dit « raisonnable » dans le cas de la chambre chez l'habitant. Dans la Loi de finances 2022, le législateur a voulu le supprimer à fin 2023. Cet article a été prorogé jusqu'en juillet 2024. Il faudrait que ce soit définitif, et que les zonages et les montants soient revus, idéalement.
- **Intégrer le financement des structures de cohabitation intergénérationnelle solidaire dans les COG de la CNAV et la CNAF** pour, par exemple, pérenniser l'expérimentation nationale portant sur la création d'un forfait « cohabitation intergénérationnelle et solidaire » réalisée avec 3 CARSAT et 11 CAF et étendu dans d'autres régions en 2022 et 2023.
- **Expérimenter le financement du développement de la cohabitation intergénérationnelle solidaire avec l'appui de la CNSA**.
- **Ouvrir l'observatoire de l'habitat inclusif à d'autres types d'habitat partagé, dont la CIS**.

- **Le cadre juridique actuel de la CIS ne renvoie pas au décret du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent**, pris en application de la loi du 6 juillet 1989, puisque la CIS est dérogoatoire à la loi de 89. **Cette obligation de décence doit être rendue explicite pour la CIS.**
- L'application des règles dites de division d'immeuble (CCH : L. 126-17) prévoient que « sont interdites, qu'elle soit en propriété ou en jouissance, qu'elle résulte de mutations à titre gratuit ou onéreux, de partage ou de locations (...) toute division d'immeuble en vue de mettre à disposition des locaux à usage d'habitation d'une superficie ou d'un volume habitables inférieurs respectivement à 14 m² et 33 m³ (...) ». **La dérogation de la CIS à cette règle doit être explicite**, comme c'est le cas pour la colocation.



Fiche 46- Fournir une assise juridique fiable aux logiques de fonctionnement en dispositif/plateformes

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le fonctionnement en dispositif/ les plateformes de services en action sociale et médico-sociale semblent être devenus les solutions les plus à même de répondre aux besoins pluriels et évolutifs des personnes en situation de handicap.

Si l'intérêt de mettre en œuvre ces logiques de fonctionnement en dispositif, de plateformes, est devenu aujourd'hui manifeste, il est freiné par un cadre légal et réglementaire complexe et des contraintes administratives qui ne permettent son plein déploiement.

Le décret du 9 mai 2017 sur les autorisations répond partiellement à cette attente en permettant d'envisager ce fonctionnement en plateformes. Néanmoins, ce premier pas ne permet pas à ce type de fonctionnement de prendre leur essor.

D'abord parce que la portée juridique du décret du 9 mai 2017 peine à produire ses pleins effets (frilosité des pouvoirs publics et/ou des ESMS, cadre juridique complexe et sans doute insuffisamment explicite, proximité avec les logiques de dispositifs qui ajoute à ce flou), mais également en raison de multiples freins légaux et réglementaires qui continuent d'exister par ailleurs (les autorisations de chaque ESMS ne sont pas fondues en une seule autorisation, les numéros Finess distincts demeurent, les budgets ne sont pas agrégés, les décisions d'orientations ne sont pas réalisées vers la plateforme/le dispositif mais vers chaque entité juridique).

Le rapport réalisé par Messieurs BOHIC et LE MORVAN en 2021³⁰ propose notamment de parachever le cadre légal permettant le déploiement facilité et opérationnel des logiques de plateformes.

PROPOSITIONS

- **Prévoir à l'article L. 313-1-1 du CASF que l'ensemble des ESMS dédiés aux PSH constituent un seul et même ensemble au sein duquel aucune transformation ne nécessite un appel à projet.**
- **Donner par décret à la catégorie des Établissements d'Accueil Médicalisé (EAM) une portée transversale à l'ensemble des ESMS dédiés au handicap et reconnaître à tout organisme gestionnaire le droit d'y regrouper les établissements et services qu'il gère au niveau départemental.**
- **Faire évoluer la décision d'orientation vers une décision plus globale de droit d'accès aux ESMS.**

³⁰ Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap - 2021-010R

Fiche 47- Développer et sécuriser le réemploi d'aides techniques via l'économie sociale et solidaire

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les aides techniques sont des produits spécifiquement conçus et commercialisés pour l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et pour des équipements grand public.

Pour Cécile Chevallier et Philippe Denormandie, auteurs d'un rapport publié en octobre 2020, il est nécessaire aujourd'hui de passer d'une logique d'accès à un produit à une logique d'accompagnement et d'usage, afin de répondre aux souhaits et aux besoins de la personne pour préserver au mieux son autonomie, mais également d'aller vers un usage émancipateur des aides techniques et non uniquement compensateur : l'aide technique doit être pensée comme la base de l'autonomie.

Dans la continuité du rapport, en 2021, était installé par le ministre des Solidarités et de la Santé, Monsieur Olivier Véran, un comité de pilotage de la réforme pour « l'amélioration de l'accès aux aides techniques » composé de 5 axes de travail :

1. Informer, évaluer et accompagner les personnes concernées, en amont de la prescription et jusqu'à l'utilisation
2. Faire évoluer les financements
3. Améliorer la qualité de service
4. Mettre en place un pilotage qui permette une meilleure organisation territoriale
5. Renforcer le repérage et l'accès aux innovations et développer la recherche

L'arrêté du 18 février 2021 modifié par l'arrêté du 22 juillet 2022 vient mettre en œuvre l'expérimentation nationale d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT), initié par la CNSA. Elles visent à accompagner les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dans l'acquisition d'aides techniques de l'évaluation du besoin à la prise en main en passant par le financement.

Le réseau Uniopss- Uriopss soutient pleinement la vision de Madame Chevallier et Monsieur Denormandie et Madame Chevallier et souhaite ainsi qu'une loi d'ampleur sur le secteur puisse être une véritable occasion pour porter cette réforme de fond sur ce sujet essentiel dans l'accompagnement de l'aide à l'autonomie des personnes.

En effet, nous constatons que la question de la pluralité des financeurs et des distorsions de traitement en fonction de critères (âge, public, localisation géographique...) est une fois de plus mise en exergue par ce rapport. La question de la barrière d'âge également et de ces incidences sur les aides effectivement mobilisables demeure une iniquité que le réseau Uniopss-Uriopss dénonce et continuera de dénoncer tant que celle-ci demeurera.

Alors que l'ensemble des financements des aides techniques a vocation à être transféré à la branche autonomie, le réseau sera attentif à ce que les nouveaux circuits de financement des aides techniques respectent des critères exigeants en matière de sécurité, d'égalité de

traitement sur le territoire et de limitation des restes à charge.

Une meilleure organisation permettra aussi de développer un marché des aides techniques d'occasion accessible pour tous et toutes, tout en s'inscrivant dans les principes de l'économie circulaire et de l'économie sociale et solidaire.

En effet, l'économie sociale et solidaire (ESS) est un véritable secteur créateur de richesses et d'emplois, dont les associations sont un des principaux acteurs.

Les entreprises de l'ESS, dont le projet consiste à offrir des produits ou des services répondant soit à des besoins sociaux non ou mal satisfaits, que ce soit dans les conditions actuelles du marché ou dans le cadre des politiques publiques, soit à des besoins sociaux pour une forme innovante d'entreprise, pour un processus innovant d'organisation du travail, sont considérées comme réalisant de l'innovation sociale.

Et en ce sens, il est nécessaire que des financements publics soient prévus pour accompagner l'innovation sociale concernant les aides techniques, permettant de développer des partenariats entre acteurs de l'ESS. D'autant que cette valorisation répond aux besoins des utilisateurs et que les attentes des acteurs du secteur sont fortes quant à une mise en œuvre opérationnelle.

PROPOSITIONS

- **Développer et sécuriser une filière de réemploi des aides techniques pour permettre la mise à disposition d'aides techniques à moindre coûts**, en garantissant la qualité et en personnalisant ces aides techniques pour qu'elles s'adaptent parfaitement à leur nouvel utilisateur. Cette filière permettra de contribuer à la diminution de l'émission de CO2 liée à la production et au traitement de fin de vie des aides techniques. Elle pourrait être créatrice d'emplois, notamment pour les personnes en situation de handicap ou en insertion par l'activité économique.
- **Passer d'une logique d'achat des aides techniques au moyen des prestations à une logique de service.**
- **Permettre le financement d'aides techniques rénovées.**
- **Généraliser et pérenniser les équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT).**

Fiche 48 - Créer des dispositifs 16-25 ans et 55-65 ans sur l'ensemble du territoire

EXPOSÉ DES MOTIFS

Aujourd'hui très documentées, les zones de ruptures entre l'adolescence et l'âge adulte et entre les dispositifs qui accompagnent les personnes en situation de handicap et ceux qui soutiennent les personnes âgées constituent d'indubitables freins aux parcours des personnes.

Les associations gestionnaires ont toujours tenté de mettre en place des dispositifs transitoires sur ces périodes sans succès pérenne et disponible sur l'ensemble du territoire. En cause, principalement l'absence d'un cadre légal satisfaisant et d'un financement consécutif. A l'initiative des associations, des solutions transitoires existent donc mais bien souvent avec des cadres légaux peu sécurisés et sur des financements faibles et surtout peu pérennes.

PROPOSITIONS

- **Envisager une enveloppe CNSA à même de permettre aux ARS de lancer des appels à projets dans l'objectif de mailler l'ensemble du territoire de dispositifs** – à co-élaborer (inspirés de ceux déjà existants) – sur les périodes 16-25 ans et 55-65 ans.

Fiche 49 - Créer des dispositifs « sas » pour les personnes en situation de handicap sans/en attente de solution

EXPOSÉ DES MOTIFS

Depuis le rapport zéro sans solution, de multiples solutions visant à endiguer le fait que des personnes en situation de handicap ne disposent pas de solution d'accompagnement, il demeure une zone sur laquelle le médico-social peine à trouver des réponses satisfaisantes. Il existe en effet sur le territoire de nombreuses personnes, qui à un moment de leur parcours, continuent à se trouver sans solution d'accompagnement adaptée et/ou satisfaisante, la RAPT ne parvenant effectivement pas à apporter des réponses à toutes les situations rencontrées.

C'est notamment le cas des personnes en attente d'orientation vers un ESMS ou qui sont en liste d'attente à la suite d'une orientation.

Les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) peuvent utilement constituer une réponse transitoire pour les profils sur liste d'attente. En revanche les personnes en situation de handicap dont le dossier est en cours d'instruction ne disposent d'aucune solution, du moins légalement prévue au titre de l'article L.312-1 du CASF. Ils sont donc durant cette période sans orientation et surtout sans solution transitoire en capacité de les accueillir.

PROPOSITIONS

- **Créer, en mobilisant les organismes gestionnaires déjà existant sur le territoire, des dispositifs « sas » en capacité d'accueillir (avec hébergement) des personnes en situation de handicap** (tous les types de handicap et tous les âges) qui ne disposent pas encore d'orientation. L'accueil de ces personnes se réalisant de manière inconditionnelle et sans autre condition que d'avoir déposé un dossier auprès d'une MDPH/MDA.
- **Ce dispositif pourrait utilement permettre de favoriser le diagnostic des personnes concernées** (appui des centres de ressources et des Centres de ressources autisme-CRA par exemple).

Fiche 50 - Créer un droit à « l'innovation en Solidarité » territoriale et intersectorielle associative en s'appuyant sur des laboratoires territoriaux de l'innovation

EXPOSÉ DES MOTIFS

La crise sanitaire a donné à certains organismes gestionnaires des marges de manœuvre nouvelles et a mis en lumière la volonté et la capacité des professionnels de terrain à trouver des solutions simples et efficaces à des problèmes nouveaux.

Cette situation de crise a révélé toute la créativité, le dynamisme et la capacité des associations des secteurs sociaux et médico-sociaux à fédérer les acteurs locaux autour d'une question essentielle : **Comment répondre avec réactivité et efficacité aux besoins des populations les plus vulnérables ?**

Alors que la menace d'une crise sanitaire s'éloigne et à mesure que d'autres défis d'ampleur s'annoncent pour les secteurs sociaux et médico-sociaux, **le réseau de l'Uniopss invite à porter et à revendiquer cette culture de l'innovation dans le champ social et médico-social.**

En effet, les 49 fiches présentées au sein de ce plaidoyer constituent autant de défis qu'elles proposent de réponse. Ces réponses constituent des pistes, des leviers, qu'il conviendrait d'expérimenter à l'échelle territoriale pour en mesurer tout l'impact.

À ce titre, l'initiative de l'Agence nationale d'appui à la performance dans les établissements de santé et médico-sociaux (Anap) de lancer un appel à manifestation d'intérêt à destination des professionnels des secteurs sanitaires et médico-social pour participer à un nouveau type d'accompagnement sur ce modèle est à saluer. Toutefois cette initiative, la « Pépinière des territoires », ne peut accompagner qu'un nombre limité d'acteurs à la mise en œuvre de leur projet.

Pour répondre à ce besoin prégnant d'inventer les accompagnements de demain, le réseau de l'Uniopss souhaite proposer la création **de laboratoires territoriaux de l'innovation** associative dont les missions seraient de faire vivre un **droit à l'expérimentation** pour les associations porteuses de projets innovants et répondant aux besoins du territoire.

S'appuyer sur l'expertise des associations pour innover, tester, évaluer puis généraliser à l'échelle d'un ou plusieurs territoires avant de lancer les travaux d'ampleur nationale apporterait une garantie de faisabilité ainsi qu'un gain d'efficacité réel pour la conception puis la mise en œuvre des politiques publiques dans les champs sociaux et médico-sociaux.

Les caractéristiques particulièrement recherchées seraient :

- La réponse à un besoin.
- L'innovation/ la nouveauté.
- La création d'une valeur ajoutée.
- La capacité pour les destinataires (les professionnels et les personnes accompagnées) à s'approprier l'innovation et à la faire vivre.

Pour ce faire, les laboratoires territoriaux de l'innovation miseront sur le partage de compétences, l'appui sur un réseau local et riche d'expertises variées (sanitaires, sociale, médico-social, acteurs institutionnels ou autres) ainsi que sur la mutualisation des divers talents en présence sur les territoires.

Collaborative et fondée sur une logique d'expérimentation et d'apprentissage, la démarche proposée ici s'appuie sur la notion d'intelligence collective. Cette dernière permet de sortir du schéma classique de répartition des tâches telle qu'elle peut être rencontrée (et souvent critiquée) dans nos secteurs.

L'intelligence collective est efficace pour la résolution de problématiques complexes et les projets exigeants des compétences diversifiées et pointues. Il est alors indispensable de mettre en place des méthodes de travail réellement collaboratives où les individus ne vont pas simplement travailler les uns après les autres sur chaque sujet mais bien en même temps.

Travailler ensemble et innover dans un environnement complexe ne s'improvise pas. Pour répondre à leurs ambitions et apporter aux acteurs l'accompagnement adéquat, **ces laboratoires devront disposer de moyens financiers et humains (compétences en gestion de projet, en intelligence collectives, en facilitation...) appropriés.**

PROPOSITIONS

- Créer des **laboratoires territoriaux de l'innovation sociale et médico-sociale du secteur associatif**, financés et disposant de moyens adaptés pour accompagner les associations et leurs partenaires à la définition puis à la mise en œuvre d'innovations.
- **Prévoir les méthodes de généralisation aptes à traduire concrètement dans le droit commun les innovations et expérimentations ayant fait leur preuve.**

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) est une association reconnue d'utilité publique. Elle a pour vocation de rassembler, défendre et valoriser les acteurs privés non lucratifs qui œuvrent en faveur des personnes vulnérables et fragilisées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades, enfants, jeunes, familles, personnes en situation de pauvreté et d'exclusion...). Ancrée dans un réseau de 15 unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss regroupe près de 35 000 établissements, 750 000 salariés et un million de bénévoles.



Les valeurs qui nous rassemblent

- ▶ Primauté de la personne
- ▶ Non-lucrativité
- ▶ Solidarité
- ▶ Égalité dans l'accès aux droits
- ▶ Participation de tous à la vie de la société

Contribution :

**Commission Autonomie de l'Uniopss
Directrices et Directeurs Uriopss**

**Direction plaidoyer, politiques publiques et animation régionale
Adhérents nationaux**

Contacts :

Etienne PETITMENGIN

Président de la Commission Autonomie de l'Uniopss

epetitmengin@uniopss.asso.fr

Jérôme VOITURIER

Directeur général Uniopss

jvoiturier@uniopss.asso.fr